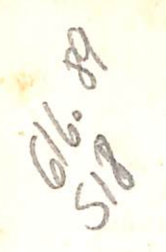
SALUD MENTAL y DESARROLLO HUMANO EN EL PERU: PUNO

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA
LIMA, DICIEMBRE DE 1988



MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO EN EL PERU: PUNO

Informe del "Seminario - Taller de Priorización de la Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Puno"

LIMA, DICIEMBRE DE 1988

PRESENTACION

Presentar un libro que contiene las deliberaciones de un grupo selecto de gente pensante es un honor, el cual se acrecienta considerando que ellas se refieren a una de las áreas de mayor importancia del conocimiento científico.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología tiene como una de sus prioridades la Salud, y dentro de ésta especialmente el área de la Salud Mental. Se trata de la evolución de la concepción que pasa del estudio de la enfermedad a la prevención, de la Psiquiatría a la Salud Mental. El cambio se refuerza apropiadamente, pues además se vincula la Salud Mental al Desarrollo Humano, involucrando todas las actividades en que se desenvuelve y que cumple el ser humano desde que nace hasta la finalización de su ciclo vital, y aun en la vida intrauterina.

Esta evolución favorable no es sino consecuencia de los aportes que instituciones, con la participación de recursos humanos calificados, han hecho en las áreas de Psiquiatría y de Salud Mental: El Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado–Hideyo Noguchi", entre otras.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, respondiendo a una sugerencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado–Hideyo Noguchi", organizó el "Seminario–Taller de Priorización de la Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Puno" que contó con el auspicio de: el Ministerio de Salud, la OPS/OMS y la Corporación de Desarrollo de Puno. El objetivo de la presente publicación es difundir los temas tratados, las deliberaciones mencionadas y las conclusiones y recomendaciones alcanzadas.

Queda en manos de los investigadores tomar en cuenta las sugerencias del Seminario, el cual cumplió los objetivos trazados y cuyas conclusiones y recomendaciones pueden servir de sustento, con el aporte de otras, para contribuir al bienestar de la población peruana. De ser así, el CONCYTEC habrá cumplido con un eslabón muy significativo en la cadena del desarrollo integral.

Dejamos, pues, en manos de la comunidad científica nacional multidisciplinaria esta contribución en el campo de la Salud Mental.

ING. CARLOS DEL RIO CABRERA, Ph. D.
Presidente del CONCYTEC

INTRODUCCION

El texto que constituye el contenido del libro "Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Puno" ha sido ordenado en la secuencia más conveniente por la Comisión Organizadora del "Seminario–Taller de Priorización de la Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Puno".

Las intervenciones correspondientes a las opiniones de los participantes no han sido identificadas individualmente, pues no todas podían serlo por razones de grabación. Se uniformizó sí el estilo, denominando simplemente "participante" a quien optaba por una posición o aportaba alguna información.

La Comisión Organizadora decidió establecer secciones, las cuales fueron: introducción, fundamentación, antecedentes, objetivos, desarrollo, referencias, informes de los grupos de trabajo y anexos: programa, directorio de participantes, documentos de referencia y opiniones de los participantes.

El Directorio de Participantes pretende servir como documento informativo que permita la vigencia del grupo en cuanto a comunicación y para la tangibilización de un diagnóstico, estrategias, proyectos interdisciplinarios y otras acciones posteriores para y con el concurso de la comunidad.

Los Documentos de Referencia comprenden tanto las ponencias de quienes las hicieran llegar por escrito cuando las conclusiones y recomendaciones del "Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental en el Perú" realizado en 1982 y organizado por CONCYTEC, que la Comisión Organizadora consideró vigente en sus propuestas, y el Programa Nacional de Investigación en Salud Mental elaborado por un Grupo de Estudio a pedido de CONCYTEC, una iniciativa valiosa de su Dirección respectiva.

Los grupos de trabajo (2), que también sesionaron en el Hospital "Manuel Núñez Butrón" de Puno, elaboraron sus informes por cada uno de los 3 Temas incluidos en el Programa.

Los moderadores y secretarios de las sesiones científicas y trabajo de grupo, los ponentes y participantes todos jugaron un rol importante en el éxito del evento, el cual cumplió los objetivos trazados. Cupo una actuación especial a la Comisión Organizadora en el diseño y calidad otorgados al evento.

En el transcurso de la preparación del texto se produjeron dos sentidas desapariciones: del Dr. Kenny Tejada, uno de los motores del grupo organizador del Seminario–Taller, y del Dr. Renato Castro de la Mata, miembro del grupo de estudio a cargo del Programa Nacional de Investigación en Salud Mental. Para estos inquietos y fecundos científicos, al par que calificados especialistas en Salud Mental, la publicación de este volumen constituye el homenaje póstumo a que mereciadamente se han hecho acreedores.

La presentación del libro por el Ing. Carlos Del Río C., Ph. D. Presidente de CONCYTEC y el mensaje del Presidente de la Comisión Organizadora Dr. Carlos Alberto Seguín posibilitan al lector saber que beberá de una vertiente de conocimiento cristalino, de componentes armónicamente distribuidos en un manantial interdisciplinario descubierto en los Andes Peruanos, en Puno.

Dr. ALVARO CHABES Y SUAREZ
Coordinador Editor

MENSAJE DEL DR. CARLOS ALBERTO SEGUIN E.

Amigos:

Circunstancias ajenas a mi voluntad han impedido mi presencia en este Seminario. Quiero, de todas maneras, estar espiritualmente entre ustedes y es por eso que me permito dirigirles unas palabras de saludo cordial.

El Instituto Nacional de Salud Mental, a sugerencia de su Consejo Nacional, propuso a CONCYTEC la organización de un Seminario que determinaría las Prioridades en la Investigación de Salud Mental y Desarrollo Humano. El título mismo está precisando, en alguna forma, sus propósitos y alcances.

Creemos que debe ser superado el estrecho concepto de la llamada salud mental, que se pretendía concebir como la ausencia de enfermedad. La salud, siguiendo la tan conocida definición de la Organización Mundial de la Salud, sería la adaptación física, psicológica y social del individuo. Creo que dicha adaptación necesita ser comprendida en su verdadero significado y alcances.

Podría tomarse como un fenómeno pasivo, que tratara de mantener un inestable equilibrio basándose en la renuncia a cualquier impulso creativo y, en ese sentido, anularía lo mejor de los potenciales espirituales y reduciría al individuo a ser un cumplidor de postulados que muchas veces van en contra de lo mejor de sí mismo. Lo verdaderamente humano, en mi concepto, es el constante impulso al cambio, cambio dirigido hacia el mejoramiento progresivo de las posibilidades existenciales y a la superación cada vez mayor, con miras a una vida más plena y a una realización completa. La salud, pues, no puede ser concebida sino como un equilibrio inestable, constantemente alterado y constantemente renovado en planos vitales cada vez más altos.

Se trataría, más que de una actitud pasiva, de un activo existir, lleno de realizaciones y logros en conexión con el mejoramiento del individuo y de la sociedad.

Alguna vez me he permitido afirmar que la felicidad, en la medida en que ella es humanamente posible, consiste para el hombre en estar en paz consigo mismo. No es el momento de en-

7

trar en la discusión de este postulado pero sí de intentar un primer análisis de su significación. Estar en paz consigo mismo es haber sido capaz de comprender las propias necesidades y las de la sociedad en la que se vive; significa respetar a los demás pero, sobre todo, respetarse a sí mismo y significa, especialmente, haber aprendido a amar a todos sobre la base del amor al propio ser. Quien se ama y respeta, y ama y respeta a los demás puede alcanzar esa paz consigo mismo que conllevaría la mejor autorealización en medio de la realización de todos. La salud mental es, desde ese punto de vista, no la ausencia de enfermedad, sino la capacidad de vivir plenamente, compartiendo con todos lo mejor de una existencia auténticamente humana.

Se trata, acaso, de un ideal inalcanzable, pero se trata también de un desafío. Creo que quienes nos preocupamos por el futuro de nuestros prójimos y de la sociedad estamos obligados a enfrentar tal desafío.

Para ello es nuestra obligación, pues, conocer qué es lo que podemos realizar. Los problemas son múltiples y se extienden hacia todos los horizontes. Es por eso que hemos pensado que, ante todo, debemos establecer lo prioritario de esa problemática y dirigir nuestros esfuerzos investigatorios hacia ello.

Y aquí se nos presenta algo que considero de fundamental importancia y que ha determinado el planteamiento guía de este Seminario. La política sanitaria del Ministerio actual presenta una novedad y un desafío, que pueden considerarse como revolucionarios. Parte de la base de que, en el pasado, la atención de la salud estaba orientada a establecer planes estudiados y resueltos por las altas autoridades e imponerlos luego "desde arriba" como políticas definitivas a cuya realización estaban dirigidos todos los esfuerzos. Y, así como la dirección se hallaba centralizada, lo estaba también la atención. Grandes hospitales agotaban los recursos y exigían una tecnificación costosa que, por una parte, el país no podía afrontar y que, por otra, no llegaba a los más necesitados.

Lo revolucionario está en el cambio total de la orientación y de la acción: la política tratará, ante todo, de descentralizar la asistencia, poniendo énfasis en sacarla de los centros y llevarla hacia la periferia; no en construir hospitales sino, más bien, en multiplicar las postas médicas, situadas al alcance de los menesterosos. Y en cuanto al planteamiento, descentralizarlo también, cambiando totalmente la política e inspirándola, no en las decisiones de los

"expertos", formuladas "desde arriba", sino en consultas a la comunidad misma, que es la fuente y la meta de toda acción verdaderamente democrática.

Y es así como los organizadores de este Seminario pensamos en aplicar los principios esbozados; ponernos en inmediato contacto con las fuentes comunales y recibir de ellas inspiración e impulso.

Y aquí, en Puno, comienza nuestra acción. Aspiramos a que la comunidad nos acoja y a recibir de ella orientación y apoyo.

Se trata de un intento, imperfecto acaso como todo esfuerzo pionero, pero bien intencionado, de aplicar sincera y directamente las orientaciones básicas de la política sanitaria nacional: ir a las fuentes comunales para hacernos eco de sus necesidades y de sus aspiraciones y para que ellas inspiren nuestra acción en el futuro.

No traemos decisiones sino, más bien, buscamos guía que nos permita actuar de acuerdo con el pueblo y en contacto con él.

Esperamos, al final de esta inicial tarea, estar en condiciones de volver a Lima conociendo lo que el pueblo necesita, las metas hacia las que se dirige y los resultados que espera. Todo ello nos servirá de guía y de inspiración.

Vaya, pues, hoy al pueblo de Puno, con el saludo de mi presencia espiritual, la seguridad de nuestro propósito de auténtico acercamiento entre peruanos que, aquí y allá, piensan y actúan por el bien de la comunidad, origen auténtico de la democracia.

Dr. CARLOS ALBERTO SEGUIN E.
Presidente de la Comisión Organizadora



SEMINARIO–TALLER DE PRIORIZACION DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO EN EL PERU: PUNO

Instituciones Organizadoras:

- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC, DIDSYN).
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

Instituciones Auspiciadoras:

- Ministerio de Salud
- Organización Panamericana y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Hospital "Víctor Larco Herrera".
- Corporación de Desarrollo de Puno

Comisión Organizadora:

Presidente:	Dr. Carlos Alberto Seguin
Vicepresidente:	Dr. Alberto Perales
Miembros:	Dr. Kenny Tejada
	Psic. Delia Matos
Coordinador Ejecutivo:	Dr. Alvaro Chabes y Suárez

Sede: Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón", Puno.

Fecha: 17 - 21 de Junio de 1986

Coordinador - Editor: Dr. Alvaro Chabes y Suárez

TABLA DE CONTENIDO

1.– INTRODUCCION

El "Seminario–Taller de Priorización de la Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Capítulo Puno", se desarrolló en dicha ciudad del 17 al 21 de Junio del presente.
Esta reunión fue organizada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado–Hideyo Noguchi", y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, Corporación de Desarrollo y Area de Salud de Puno. El Dr. Carlos Alberto Seguin, Presidente de la Comisión Organizadora, no pudo asistir al evento por razones de salud. Envió un mensaje, al que dio lectura el Dr. Kenny Tejada, en la Sesión inaugural.

El Seminario–Taller cumplió con el programa y los objetivos trazados y permitió una adecuada exploración y comunicación interdisciplinaria e intersectorial en relación a los temas materia de la reunión.

Es por otro lado, importante y justo destacar la contribución pionera a la filosofía y praxis de una medicina nacional del médico puneño Manuel Núñez Butrón, quien tradujo tempranamente el enfoque de la atención primaria en Puno(1)

2.– FUNDAMENTACION

La salud, como resultante de un proceso político-social, se ha ido reconceptualizando en el transcurso del tiempo, para definirse, a propósito de la constitución de OMS (1946) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (2).

La Salud mental, parte natural e interrelacionada con la Salud general, se apropia del componente conceptual relacionado con el bienestar psicológico y social dentro de una cultura determinada. Este concepto, muy criticado por lo abarcativo, inespecífico y no operativo en cuanto a lo biológico, abrió decididamente, sin embargo, un espacio fundamental en cuanto a lo psicológico y social. Desde aquella época, el mundo cambió rápidamente generándose nuevas situaciones de extremo contraste en lo relativo a la salud y al desarrollo socio-económico de los países. Esto condujo a un segundo concepto de la Organización Mundial de la Salud, en los años 70, concepto en el cual se relaciona estrechamente la salud con el desa-

rrollo socio-económico.

En esta ocasión se asocia al concepto de la política de Salud para todos en el año 2000, suscrito por los países del mundo, incluyendo al Perú, y la estrategia de la atención primaria, elementos fundamentales en los actuales Lineamientos de Política de Salud de nuestro país. No está demás decir que la salud mental sobresale con características propias, quizás las de mayores consecuencias, en todo este proceso, abriendo además, muy importantes opciones para la salud y el desarrollo socio-económico de las poblaciones.

En nuestro país, a su vez, recién se traducen y enriquecen los conceptos anteriores, asociándolos con una nueva política y estrategia de salud que, naturalmente, requiere de planes, programas y acciones innovadoras.

En respuesta a todo lo anterior, y ubicados en el creciente y complejo problema de la Salud Mental, es urgente reconocer la necesidad de aplicar la metodología de la investigación científica a este campo para producir el conocimiento necesario y las tecnologías apropiadas a las distintas realidades de nuestro país.
Tal intención se ejecutará progresivamente en las diversas regiones del país.

A este respecto, la reunión que nos ocupa se desarrolló bajo un enfoque multidisciplinario, intersectorial, descentralizado y de acuerdo a la necesaria priorización otorgada por el actual gobierno al nuevo ámbito de la Salud.

3.– ANTECEDENTES

En Diciembre de 1982, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Instituto Nacional de Salud Mental, realizaron el "Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental en el Perú". En él se recomendó estudiar la problemática científico-tecnológica de las diversas regiones del país, explorar el componente psico-social y cultural de la Salud Mental y realizar investigaciones en los aspectos epidemiológicos y de medicina tradicional, entre otros (4).

En 1984, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, acogiendo una de las propuestas de aquel Seminario, nombró una Comisión para la elaboración de un Programa Nacional de Investigación en Sa-

lud Mental, cometido que fue cumplido oportuna y satisfactoriamente (4).

En 1985 a sugerencia de los Departamentos de Investigación y de Epidemiología y Planificación, con el apoyo pleno de su Comité Consultivo Nacional, el Instituto Nacional de Salud Mental solicitó al CONCYTEC, a través de su Dirección de Investigación y Desarrollo en Salud y Nutrición, el nombramiento de la Comisión Organizadora del Seminario en referencia, cuya presidencia recayó en la persona del Dr. C.A. Seguin.

La Comisión acogió la priorización otorgada por el Sector Salud a las zonas deprimidas del trapecio andino, fijando al Dpto. de Puno como sede de su Primer Capítulo vinculando el concepto de Salud Mental al de Desarrollo Humano.

Luego de seis meses de planeamiento, la realización de diversas consultas y reuniones interinstitucionales, se decidió con el apoyo de CONCYTEC el viaje de los Drs. Alberto Perales, Jefe del Dpto. de Investigación del INMS y el Sociólogo Agustín Montoya de la Cadena, Jefe del Dpto. de Cs. Sc. de la Universidad Peruana Cayetano Heredia a la ciudad de Puno para realizar entrevistas con representantes de los sectores, de la universidad, de las comunidades y otras instituciones de dicha localidad con el propósito de establecer las primeras coordinaciones de su organización. Con la información preliminar recogida a través de una encuesta elaborada para tales fines se pudieron fijar, en principio, algunas áreas críticas. Esto sirvió para una selección de instituciones y científicos participantes en función de las necesidades de desarrollo del Departamento de Puno con implicancias de salud mental y desarrollo humano de su población.

4.– OBJETIVOS GENERALES

En el caso de este capítulo realizado en Puno, fueron:

1. Contribuir a la identificación y priorización de la investigación de las áreas críticas en salud mental y desarrollo humano en Puno.
2. Aportar al desarrollo de experiencias multisectoriales y multidisciplinarias con participación de la comunidad, conducentes a una reconceptualización y tratamiento de la salud mental y el desarrollo humano en Puno.
3.– Proponer estrategias y modelos de respuesta que favorezcan el

aporte y aplicación de nuevos conocimientos, mediante la instrumentación de las políticas sectoriales de salud y de otros sectores, así como el desarrollo científico-tecnológico nacional en salud mental y desarrollo humano.

5.– DESARROLLO

Las actividades programadas se llevaron a efecto en el auditorio y otros ambientes del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón". Asistieron al Seminario 53 profesionales de diversas disciplinas y sectores, 40 de Puno, 1 del Cuzco y 12 de Lima.

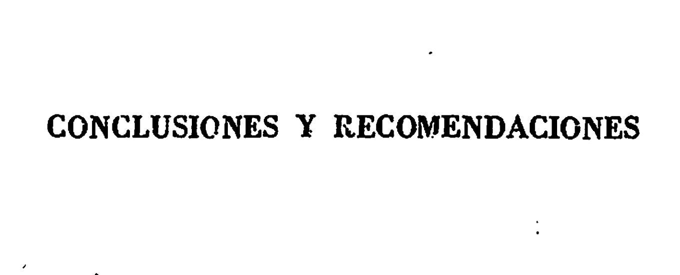
Teniendo en cuenta que el propósito operativo del Seminario-Taller se dirigía a la identificación y análisis de los problemas de la salud mental en relación con el desarrollo humano y socio-económico de Puno, que permitiera una priorización de la investigación de acuerdo a la importancia, urgencia y factibilidad de las líneas específicas, el programa se inició con una conferencia inaugural sobre marco conceptual de la "Salud Mental y Desarrollo Humano".

En los días sucesivos se realizaron sesiones plenarias, seguidas de discusión en panel en las mañanas y trabajos de grupo, multidisciplinarios e intersectoriales, en las tardes.

Se discutieron extensamente tres temas. El primero de ellos, referente a los factores psicosociales y culturales relacionados con la salud mental y el desarrollo humano. El segundo respecto a la participación de la salud mental en la atención primaria y el tercero relativo a los potenciales intersectoriales o interdisciplinarios para la atención de la salud mental y el desarrollo humano en Puno.

6.– REFERENCIAS

1. O.M.S. (1964) Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Texto español adaptado por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946. Actas Off. Rec. 2, 100.
2. O.M.S. (1982) Salud para todos en el año 2,000.
3. CONCYTEC, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (1982) "Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental", Lima.
4. CONCYTEC; Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (1984) Programa Nacional de Investigación en Salud Mental. Lima.
5. Frisancho, David (comunicación personal).



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.– INFORMES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Tema I

"Componentes Psicosociales y Culturales relacionados a la Salud Mental y al Desarrollo Humano en Puno".

Grupo I

Moderador: Dr. Duncan Pedersen
Secretario: Dr. Kenny Tejada

El debate del grupo No. I se orientó en primera instancia hacia la identificación de los principales factores determinantes y condicionantes que interactúan en el proceso de salud mental y desarrollo humano dentro del contexto global del país, señalando algunas particularidades para la región Sur Altiplánica, Departamento de Puno; se reconocieron cuatro ejes fundamentales en torno a los cuales se logró consenso:

1. Se destaca en el conjunto de factores condicionantes de la salud mental, los diversos componentes sociales en término de clases, castas y cuasi-castas, tales como grupos mestizos e indígenas:
   - Otros elementos fueron aportados para explicar la condición de riesgo de algunas poblaciones Sur-Altiplánicas.
   - Grupos de situaciones de desastre, sequía e inundaciones.
   - Grupos amenazados por situaciones de violencia subversiva y represiva.
   - Grupos sociales en situación de extrema pobreza y de privación social y económica.

   Estos grupos presentan grandes diferencias, con respecto a la salud mental y el desarrollo humano, cuando se comparan con grupos más privilegiados o con grupos promedio de la sociedad nacional.

2. Un conjunto de fenómenos se derivan del choque cultural, producto de la modernización "in situ", y de las migraciones hacia la costa y las de retorno al lugar de origen. Otra fuente de choque cultural proviene de la presencia de multitud de organismos e instituciones llamadas de desarrollo, públicas y privadas, nacionales e internacionales, que impactan en las comunidades urbanas y rurales.

Esta presencia es expresión de una sociedad dominada, tanto interna como externamente por la introducción de valores y modelos de conducta extraños.
Esta consideración se ha denominado la de la dominación cultural; se entiende lo cultural como un moderador o mediador entre los imperativos socio-económicos y la población.

Los factores de influencia pueden ser psicológicos, sociales, culturales, económicos o políticos.
Lo más importante es reconocer que esos factores son creados por el ser humano.

Los sistemas económicos, políticos, culturales y sociales tienen beneficiarios y perjudicados, esto es las grandes mayorías; que pueden "racionalizar", "justificar", aceptar el sistema u orden existente, o actuar para cambiarlo en distintas formas.

AREAS TEMATICAS TRATADAS POR EL GRUPO I

1. Relaciones madre–hijo: Significado y manejo de la gestación y el parto, conocimiento sobre cómo criar al niño y cómo estimularlo tempranamente con elementos propios del medio.
2. El niño en la edad escolar es juzgado y valorado por sus padres por su capacidad para aprender el castellano en la escuela. Esto le origina gran ansiedad cuando tiene dificultades con el nuevo idioma y lo problematiza en el aprendizaje de otras materias, pudiendo ocasionar su fracaso y el abandono de la escuela.
3. Los contenidos educativos no son válidos para el medio.
4. Los maestros no revelan suficiente vocación, sensibilidad, comprensión y respeto por el niño y su cultura. En ocasiones presionan el abandono de la escuela por los alumnos. No encuentran motivación para permanecer y participar en la comunidad.
5. Los adolescentes escolares que terminan sus estudios secundarios no tienen posibilidades de integrarse y desarrollarse en sus propias comunidades.
6. Muchas adolescentes escolares son embarazadas a los doce y

trece años. Esto está determinando que sus padres las retiren antes de esa edad, para evitar el problema.

7. Se considera muy importante investigar e instrumentar las características y efecto de comunicación personal y de grupo, en y entre el personal de los sectores sociales y productivos y entre estos y la comunidad, atendiendo todos aquellos aspectos psico-sociales y culturales correspondientes al medio. Esta área ha sido privilegiada por el grupo.

8. Las acciones educativas para la salud y el desarrollo deben darse a la familia como conjunto.
   - Prestar atención a los medios de comunicación de masas para evitar efectos alienantes y más bien utilizarlos para la oferta y reforzamiento de modelos y contenidos educativos con alta significación social.

9. Estudiar el significado-valor concedido a la tierra en cuanto a su calidad, extensión mínima, uso y producción indispensables, para asegurar la alimentación y seguridad de las familias y comunidad, así como otros recursos económicos para su sustento.

10. Es también importante considerar en una perspectiva histórica, la pluralidad y el relativismo cultural, útil para la búsqueda de la denominada integración nacional.

Tema I
Grupo No. 2

Moderador : Dr. Alberto Perales
Secretario: Dr. Edgar Pacheco

El grupo acordó las siguientes recomendaciones:

1. Considerando que el aspecto de la Salud Mental es elemento importantísimo en el desarrollo humano y socio-económico de la Región, debe procederse en primer lugar a proponer un proyecto multisectorial que tenga como objetivo el diagnóstico situacional de la Salud Mental en Puno. Se puntualizó que una tarea de tan amplio esfuerzo debe contar con la colaboración estrecha de CORPUNO, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Salud Mental y la Región de Salud de Puno.

2. Se propone organizar acciones intersectoriales coordinadas con el propósito de:
   1. Difundir información adecuada a diversos niveles sobre el concepto de Salud mental y su importancia en el desarrollo humano y socio económico de Puno.

   2. Solicitar la apertura de servicios en Salud Mental, por la carencia de éstos, en Puno.

   3. Se propone las siguientes líneas de investigación para su estudio inmediato a través de proyectos específicos:
      3.1 La Planificación familiar y Salud Mental (Paternidad y Maternidad responsables).
      3.2 Formación y capacitación de recursos humanos en diversos niveles de Salud Mental.
      3.3 Alcoholismo
      3.4 Identidad y Bilingüismo
      3.5 Nutrición y Salud Mental.
      3.6 Aspectos culturales que influencian positiva y negativamente la Salud Mental.
      3.7 Educación y Salud Mental.
      3.8 Análisis de la violencia (en el hogar, en el trabajo y en la comunidad).

Tema II

"La Salud Mental en la Estrategia de la Atención Primaria de Salud"

Grupo No. 1

Moderador: Dr. Agustín Montoya de la Cadena
Secretaria : Sra. María Sandoval

Se hicieron referencias de que para acceder a la comunidad es necesario establecer una oficina de comunicación entre los sectores y de éstos con la comunidad, lo cual nos permitirá acceder a ella respetando sus costumbres, creencias y prácticas médicas, para lograr una relación horizontal de respeto mutuo y sin imposiciones de ambas partes.

Se hicieron referencias por medio de comentarios que la comunidad ha sido utilizada como objeto en la aplicación de programas diseñados y aplicados vertical y autocráticamente.
Ejemplo: Planificación Familiar; esta situación condiciona una ambivalencia en las personas que aplican estos servicios. Se mencionó la importancia que tiene la mujer en la toma de decisiones, siendo un elemento facilitador importante para lograr el cambio y el desarrollo social.

Se trasmitieron vivencias y experiencias sobre la riqueza y potencial que tiene la persona humana como agente central de las acciones para resolver los problemas carenciales de diferente tipo en cuanto a recursos (económicos, institucionales, etc.) para la consecución de logros en bien de la salud mental y desarrollo humano, como también aquellos que obstaculizan acciones.

También se mencionó que diferentes factores sociales que ofrecen servicios a las comunidades en su mayoría, vienen siendo descalificados por falta de sensibilidad y emoción social e inadecuada capacitación.

Se mencionó la necesidad de participación activa de la comunidad en la identificación de sus necesidades, planeamiento y ejecución de acciones.

Se concluyó que la Salud Mental y el Desarrollo Humano deben traducirse dentro del contexto multisectorial, ya que estas institucio-

nes requieren para ser eficaces y eficientes un análisis integral en la sensibilidad y comprensión de sus recursos humanos.

POSIBLES LINEAS DE INVESTIGACION

El grupo después de haber reflexionado e identificado temáticas sensibles a la salud mental y al desarrollo humano, que no permiten una eficaz y eficiente labor por parte de las personas y grupos de instituciones que están desarrollando los programas para la comunidad de Puno, acordó sugerir las siguientes líneas de investigación:

1. Conocimiento integral de las formas cómo piensan, sienten, actúan y aspiran los habitantes puñenos.

2. Aproximación al conocimiento integral de la vida rural.

3. Aproximación al conocimiento del contexto dentro del cual desarrollan sus actividades los sectores sociales.

4. Estudios sobre las formas de acción de los diversos agentes de cambio que están interactuando en la comunidad.

5. Estudios sobre el impacto, eficacia, eficiencia y continuidad de las agencias que actúan aisladamente en el departamento de Puno: patología institucional.

6. Estudios sobre sociedad y cultura: rescate de experiencias.

7. Sistematización de estudios realizados en el departamento de Puno.

8. Estudios sobre enfermedad y medicina en función de los cambios.

9. Estudios sobre relaciones campo–ciudad en forma interdisciplinaria y con un diseño único.

Estos estudios deben priorizarse de acuerdo a ciertos criterios que no fueron trabajados por el grupo y que deben tener una metodología participativa.

Tema II

Grupo No. 2
Moderador: Dr. Américo Bibolini
Secretaria: Trab. Soc. Carmen Curasi V.

El grupo acordó las siguientes conclusiones y líneas de investigación:

CONCLUSIONES:

1. Destacar que la salud mental es parte inherente de la atención primaria de salud en los términos que se plantea en los lineamientos de política del Sector Salud.

2. Remarcar la necesidad de acciones multisectoriales e interdisciplinarias en la aplicación de estrategias de atención primaria en salud mental.

3. Destacar la importancia de un mayor conocimiento de los estilos de vida y necesidades en salud mental de la comunidad, en razón a que las estrategias de atención primaria deben adecuarse a las características de las comunidades en las que se trabaja.

4. Identificar a través de Proyectos de Investigación, los canales de difusión más adecuados para la implementación de conceptos básicos de salud mental y estrategias de atención primaria en salud mental.

LINEAS DE INVESTIGACION INMEDIATAS A TRAVES DE PROYECTOS ESPECIFICOS

1. Estudiar los niveles de receptividad de la comunidad y mecanismos necesarios para facilitar su disponibilidad hacia la implementación de estrategias de atención primaria en salud mental.

2. Evaluar los conceptos de salud mental y desarrollo humano de la población de Puno.

3. Estudiar los modelos de alternativas de capacitación de promotores de salud, líderes comunales, laborales, profesores, madres y otros agentes en salud mental.

4. Estudiar los estilos de vida y necesidades de salud mental en la comunidad..

5. Estudiar los medios materiales e instrumentos más adecuados para la implementación de estrategias de información y difusión en salud mental.

Tema III

"Potenciales Intersectoriales e Interdisciplinarios para la atención de la Salud Mental y el Desarrollo Humano en Puno"

Grupo No. 1

Moderadora: Enf. Emma Unda
Secretario : Dr. Felipe Larico F.

El grupo reconoce la importancia fundamental y la urgencia de establecer interrelaciones con los sectores que influencian y concurren a la salud mental y el desarrollo humano. Sin embargo, se considera que previa o simultáneamente es indispensable resolver la interrelación y naturalmente la comunicación y el trabajo conjunto en el propio sector.

El análisis de este último aspecto, ha hecho ver la gran importancia de investigar la condición existencial, incluyendo el trabajo del personal de salud.

Otro aspecto se relaciona con la calidad humana, las experiencias y, como consecuencia, formas de atender y manejar los problemas por parte de la población campesina. Esto quiere decir que esta población, a pesar de las "cooperaciones, ayudas o interferencias" de muchas instituciones o sectores, producidas en el área rural del departamento, ha organizado una percepción, un entendimiento, y formas de respuesta. Es decir, tanto y más importante que lo que nosotros podemos hacer por la población incluso con una perspectiva intersectorial, es lo que nosotros tenemos que aprender de la comunidad para estar en condiciones de ofrecerles salud efectiva y no perturbaciones.

Parte de lo que nosotros entendemos que se debe tratar, es cómo mantenernos más sanos como personas e instituciones para poder estar en condiciones de ofrecer un modelo sano a la comunidad.

También el grupo consideró muy importante identificar y estudiar todos aquellos proyectos que ya se hayan producido con diferentes resultados y guarden relación con nuestro tema.

Todos estos temas que se han discutido, así como las propuestas que se derivan naturales, deben tener una respuesta operativa, ya sea por el propio personal de salud, el de otros sectores y la comu-

Puno, que incluya sectores públicos y privados, profesionales y no profesionales, con sus respectivas ubicaciones geográficas y características de empleo, sub-empleo y desempleo.

Esta información sería dada a las autoridades y centros educativos de todo nivel para la programación de planes de capacitación de la juventud puneña en las Areas que el Departamento de Puno más necesita.
Dicho estudio debe hacerse mediante acciones intersectoriales, con la asesoría del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Instituto Nacional de Salud Mental, y con las técnicas de estudios de mercado.

- Se recomienda la realización de estudios de salud mental en las Instituciones, con énfasis en los factores anteriormente referidos en cuanto a los conflictos de comunicación y estructura organizacional, participación y estilos de gestión.

- Se propone conformar un equipo de trabajo pluridisciplinario y multisectorial en favor de la salud mental y desarrollo humano en Puno, que trabaje coordinadamente con el comité central de Lima en salud mental.

nidad.

Finalmente, el grupo ha reconocido una vez más el rol fundamental para todas las propuestas que tiene el recurso humano y su desarrollo, y es por esta razón que consideramos deben alcanzarse algunas etapas previas al cumplimiento de nuestras propuestas: esto es, trabajar en el establecimiento de criterios sobre la calidad personal y las cualidades y potenciales psicosociales del grupo que compondría el núcleo mismo del proyecto, así como el desarrollo de algunos cursos y talleres centrados en educación cualitativa, es decir, de la calidad humana del personal de salud.

El grupo expresó su preocupación por el futuro de las conclusiones del seminario, y en ese sentido propone el establecimiento de una red de comunicación entre sus miembros.

Tema III
Grupo No. 2

Moderador: Sr. Mario Castillo
Secretaria: Sra. Betty de Aramayo

El grupo acordó las siguientes conclusiones y líneas de investigación:

CONCLUSIONES:

- Se destaca el rol fundamental de la comunicación en la salud mental y desarrollo humano de la población puneña.
- La interrelación y coordinación de las diversas instituciones y sectores del Departamento de Puno, parecían estar interferidas por dificultades de comunicación que se dan entre ellas y entre los diversos niveles organizacionales de una misma institución; pero fundamentalmente, por interferencias de la comunicación entre las personas que en ellas trabajan, determinadas al parecer por las características de la estructura burocrática de las organizaciones y por problemas específicos de relaciones interpersonales. Todo ello disminuiría la eficiencia de las organizaciones y frenaría el desarrollo de la región.

LINEAS DE INVESTIGACION

- Realizar un censo de recursos humanos del Departamento de

ANEXOS

ANEXO 1:

PROGRAMA

8.– PROGRAMA ANEXO 1

El programa que aquí se incluye corresponde a las actividades cumplidas.

Martes 17 de Junio de 1986

17:00 Registro de Participantes y entrega de documentos.

18:00 INAUGURACION
Por el Dr. Luis Muelle López, Director de Investigación en Ciencias Sociales, en representación del Ing. Carlos Del Río C., Presidente del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

18:30 CONFERENCIA:
"Salud Mental y Desarrollo Humano"
Dr. Alberto Perales C.
Jefe del Dpto. de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental.
Dr. Kenny Tejada T.
Jefe del Dpto. de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Mental.
Dr. Agustín Montoya de la Cadena
Jefe del Dpto. de Ciencias Sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Miércoles 18 de Junio de 1986

Tema I "Componentes Psicosociales y Culturales relacionados a la Salud Mental y al Desarrollo Humano en Puno".

09:00 CONFERENCIA:
"Aspectos conceptuales sobre los componentes psicosociales y culturales relacionados a la salud mental y al desarrollo humano: Procedimientos metodológicos".
Dr. Duncan Pedersen
Consultor OPS/OMS.

09:30 PANEL:
"Aspectos socio-económicos y culturales vinculados a la salud mental y al desarrollo humano en Puno".

Moderador:
Dr. Duncan Pedersen
Consultor de la OPS/OMS.

Panelistas:
Dr. David Frisancho
Director del Hospital "Manuel Núñez Butrón".
Sr. Mario Castillo
Representante de la Corporación de Desarrollo en Puno.
Dr. Nicolás Barrientos
Representante del Comité Coordinador de Puno.
Psic. Américo Bibolini
Sub-Director del Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo Educativo - INIDE.
Dr. Héctor Martínez
Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Docencia en Población, AMIDEP.
Dr. Kenny Tejada T.
Jefe del Dpto. de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Mental.
Psic. Elena Alvarado L.
Asociación "Desafío y Respuesta"
Sr. Juan Ticona Ticona
Representante de las Comunidades

10:30 Descanso
10:45 Trabajo de Grupo
12:45 Refrigerio
14:30 Trabajo de Grupo
16:00 Descanso
16:15 Trabajo de Grupo
17:30 Suspensión.
18:30 a 19:00 Entrega de los Informes de Grupo del Tema 1 a la coordinación general, por los respectivos moderadores y secretarios.

Jueves 19 de Junio de 1986

08:00 Entrega de los Informes de Grupo sobre el Tema I a los participantes.
09:00 Reunión Plenaria
Lectura de los Informes de Grupo del Tema I por los se-

cretarios de cada uno de ellos.

09:45 Descanso.

Tema II "La Salud Mental en la estrategia de la atención primaria de Salud".

10:00 Conferencia
"La Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud".
Dr. Nicolás Barrientos Q., en representación del Dr. David Tejada de Rivero, Ministro de Salud.

10:30 Panel
"La Atención Primaria de Salud y la Salud Mental".
Moderador:
Dr. Kenny Tejada
Instituto Nacional de Salud Mental

Panelistas:
Dr. Nicolás Barrientos Q.
Jefe del Area de Salud de Puno,
Representante del Señor Ministro de Salud.
Dr. Edmundo Valencia
Area de Salud de Puno
Sr. Mario Castillo
Representante de la Corporación de Desarrollo de Puno.
Dr. Alberto Perales C.
Instituto Nacional de Salud Mental
Dr. Agustín Montoya de la Cadena
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Sr. Juan Ticona Ticona
Representante de las Comunidades.

11:30 Descanso
11:45 Trabajo de Grupo
12:45 Refrigerio
14:30 Trabajo de grupo
16:00 Descanso
16:15 Trabajo de grupo
17:45 Suspensión
18:45 a 19:15 Entrega de los Informes del Tema II a la Coordinación General, por los respectivos Moderadores y Secretarios.

Viernes 20 de Junio de 1986

08:00 Entrega de los Informes de Grupo sobre el Tema II a los participantes.

09:00 Reunión Plenaria
Lectura de los Informes de Grupo del Tema II por los secretarios de cada uno de ellos.

09:45 Descanso

Tema III "Potenciales Intersectoriales e Interdisciplinarios para la atención de la salud mental y el desarrollo humano en Puno".

10:00 Conferencia:
"Políticas y recursos Intersectoriales e Interdisciplinarios para la Salud Mental y el Desarrollo Humano en Puno".

Ing. José Luis Lescano
Presidente de la Corporación de Desarrollo de Puno.

10:30 Panel:
"Potenciales Intersectoriales e Interdisciplinarios para la atención de la Salud Mental en Puno".
Moderador:
Dr. Alvaro Chabes y Suárez
Director de Investigación y Desarrollo en Salud y Nutrición.
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Panelistas:
Ing. José Luis Lescano
Presidente de la Corporación de Desarrollo de Puno.
Dr. Nicolás Barrientos
Comité Coordinador de Puno.
Dr. Edmundo Valencia
Area de Salud de Puno
Psic. Reynel Agüero Palacios
Representante de INABIF, Lima
Psic. Jorge Pinazo Delgado
Representante de INABIF–Puno
Dr. Santiago Eric Antúnez de Mayolo
Banco Central de Reserva del Perú
Juan Ticona Ticona
Representante de las Comunidades

11:30 Descanso
11:45 Trabajo de Grupo
12:45 Refrigerio
14:30 Trabajo de Grupo
16:00 Descanso
16:15 Trabajo de Grupo
17:45 Suspensión
18:45 a 19:15 Entrega de los Informes de Grupo del Tema III a la Coordinación General por los respectivos Moderadores y Secretarios.

Sábado 21 de Junio de 1986

08:00 Entrega de los Informes de Grupo sobre el Tema III a los participantes.
09:00 Reunión Plenaria
Lectura de los Informes de Grupo del Tema III por los Secretarios de cada uno de ellos.
09:45 Descanso
10:30 Clausura
Por el Ing. José Luis Lescano
Presidente de la Corporación de Desarrollo.

ANEXO 2 :

DIRECTORIO DE PARTICIPANTES

DIRECTORIO DE PARTICIPANTES

ACEITUNO DE CACERES, FLORENCIA
Trabajadora Social.
Ministerio de Salud
Jr. José Antonio Encinas
Av. La Torre 1555 - Puno.

AGUERO PALACIOS, REYNEL JOSUE
Psicólogo
Albergue Tutelar de Menores No. 2
INABIF – Rehabilitación Social
Av. La Paz 1725 San Miguel Telf. 512396
Los Jilgueros 168 Urb. Santa Anita Ate–Lima.

ALVARADO LIENDO, ELENA
Psicóloga
Asociación Desafío y Respuesta
El Alcázar 142, La Castellana - Surco
Telf. 455343
Velasco Astete 1751 - Las Gardenias, Surco. Lima 33 - Telf. 359065

ANTUNEZ DE MAYOLO, SANTIAGO E.
Abogado
Banco Central de Reserva
Secretaría General
Miro Quesada 441 - Telf. 276250
Primavera 887 - Chacarilla del Estanque, San Borja. Apartado 18-5469, Lima.

APARICIO SANCHEZ, GLADIS SONIA
Bióloga
Hospital General "Manuel Núñez Butrón"
Laboratorio
Av. El Sol 1022
J.H. Moral 156 - Puno.

APAZA ALVAREZ, A. MARIA
Enfermera
Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería
Ciudad Universitaria - Puno.
Av. El Puerto 431 Puno, Telf. 516.

APAZA QUISPE, ALEJANDRA
Enfermera
Hospital de Apoyo Puno
Inmunización
Av. El Sol 1022.
Av. La Torre 355 Int. 13 - Puno.

AZA TACCA, ROSENDA
Enfermera
Universidad Nacional del Altiplano
Ciudad Universitaria, Facultad de Enfermería - Puno. Telf. 516
Av. Circunvalación Sur 400 - Puno.

BERNAL ZALAMEA, CRUZ MARY
Enfermera
Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería.
Ciudad Universitaria - Puno.
Calle Lampa 232, Telf. 516.

BERNALES ALVARADO, MANUEL
Sociólogo
Ministerio de Salud
Dirección Técnica de Coordinación Sectorial de la Investigación y Desarrollo de Tecnologías.
Av. Paso de los Andes 556 - Pueblo Libre, Lima. Telfs. 633283 - 361580.

BIBOLINI TRUCIOS, AMERICO VINCO
Psicólogo
Investigación Educacional
Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo de la Educación - INIDE
Dirección Adjunta.
Jr. Van de Velde 160 San Borja. Telf. 361782.
General Garzón 1675, Jesús María, Lima. Telf. 633391

CASTILLO BARRIGA, MARIO
Antropólogo
CORPUNO
Planificación
Deustua No. 356
Jr. R. Echenique 231 - Puno.

CASTILLO DE ARAMAYO, BETTY
Trabajadora Social
Zona Regional de Trabajo y Promoción Social
Departamento Empleo
Jr. Tacna No. 510-4to. piso - Puno. Telf. 331.
Jr. Independencia 485.

CASTILLO MANSILLA DE NUÑEZ, CLOTILDE
Auxiliar de Enfermería

Hospital Manuel Núñez Butrón
Enfermería
Av. El Sol 1022 Puno Tlf.563.
Jr. Enrique Ancieta 105 - Puno.

CORNEJO VARGAS, LOYOLA
Médico Cirujano
Hospital "Manuel Núñez Butrón".
Pediatría.
Av. El Sol 1022 - Puno.

CURACA ARROYO, SILVIA
Enfermera
Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería
Ciudad Universitaria. Telf. 516.
Jr. Puno 266 - Puno.

CURASI VELASQUEZ, CARMEN
Trabajador Social
Dirección Departamental de Caminos
Puno – Bienestar Social
Jr. Lima 944 Puno Telf. 231.
Av. El Ejército 478 Puno - Telf. 231

CHABES Y SUAREZ, ALVARO
Médico Cirujano (Patólogo)
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
Director
Dirección de Investigación y Desarrollo en Salud y Nutrición.
Camilo Carrillo 118 J. María. Piso 10 - Telf. 235254.
General Borgoño 155 Pueblo Libre Lima, Telf. 241890.

CHIRINOS GALLEGOS, MELVA
Enfermera
Hospital de Apoyo "Manuel Núñez Butrón".
Enfermería
Av. El Sol 1022 Telfs. 563-359.
Santiago Giraldo 150 - Puno.

DEL CARPIO CONDORI, YOURI TERESA
Bióloga
Hospital "Manuel Núñez Butrón"
Laboratorio. Telf. 563
Jr. Libertad 561 Puno Telf. 226.

DEL CARPIO DE PASSANO, EMERITA
Enfermera
Hospital Regional de Puno "M. Núñez Butrón".
Enfermería.
Av. El Sol No. 1022 - Telf. 563
Jr. Libertad 561 Puno Telf. 226.

ENCINAS DE PONCE, LIDIA A.
Profesora
Area Hospitalaria No. 56
Capacitación
José A. Encinas 145 - Telf. 563
Jr. Velasco Adtete 135, Puno, Tlf. 7.

FIGUEROA DIAZ, MARINA B.
Profesora
Corporación de Desarrollo de Puno
CORPUNO
Oficina de Capacitación
Jr. Deustua 356. Telf. 506 - 26.
Av. El Sol 1150, Puno.

FLORES PINEDA, YOLANDA
Trabajador Social
Area de Salud No. 56
Capacitación
José Antonio Encinas s/n.
Jr. Echenique 163, Puno.

GARNICA PINAZO, GLADYS
Ing. Economista
Area de Salud No. 56
José Antonio Encinas s/n tlf. 85.
Jr. Tacna 960. Puno Telf. 334.

GORDILLO CASTRO, MARTHA A.
Enfermera
Hospital "Manuel Núñez Butrón"
Enfermería
Av. El Sol No. 1022 Telf. 563.
Jr. Mariano H. Cornejo 184, Puno.

HUARACHI LOZA, ARIEL SANTIAGO
Médico Cirujano
Centro de Salud Vallecito
Jefe
Area Hospitalaria No. 56
Jr. Cancharaní s/n.
Urb. Chanu - II Etapa A–2–1, Puno.

HUAYHUARA BUENO, ROSA
Enfermera
Centro de Salud Arapa-Minist. de Salud. - Area de Salud No. 54 Azángaro
Distrito de Arapa
Misioneras Dominicas
Apartado 174, Puno
Casa Provincial
Apartado 4161. Lima 100.

IGLESIAS B., VIRGINIA
Asistente Social
Ministerio de Trabajo - Zona Regional Puno.
Empleo

Jr. Tacna 510-4to. piso Tlf. 331.
Jr. La Libertad 910 - Puno.

LARICO FERNANDEZ, FELIPE
Médico Veterinario y Zoot.
Municipalidad Provincial de Puno
Div. Salud y Saneamiento Ambientes
Av. La Torre. Telf. 256.
Jr. Echeniqué 120. Puno.

MAMANI MAMANI, GUDELIA ZAIDA
Enfermera
Hospital "Manuel Núñez Butrón"
Servicio Medicina "B"
Av. El Sol No. 1022 - Puno.
Jr. Gamaliel Churata 155 Telf. 563.

MANRIQUE RAMIREZ, GLADYS MARIA
Trabajador Social
Area de Salud No. 56 Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón".
Servicio Social
Av. El Sol No. 1022.
Jr. Arequipa No. 429 Telf. 563.

MARTINEZ ARELLANO, HECTOR
Antropólogo
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad de Ciencias Sociales.
Cabo Gutarra 925, Pueblo Libre, Lima - Telf. 621414.

MELENDEZ GUTIERREZ, RAUL
Enfermero
Hospital Regional "Manuel Núñez Nutrón"
Enfermería
Av. El Sol. 1022 - Puno.
Jr. P.M. Urbina 182.

MENDOZA NUÑEZ, SONIA
Bióloga
Dirección Regional de Pesquería XI-Puno
División Comercialización
Jr. Federico Moore 145 Telf. 529.
Jr. Velasco Astete 141.

MONTOYA DE LA CADENA, AGUSTIN
Sociólogoo
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Fac. de Ciencias Sociales.
Av. Honorio Delgado 923, San Martín de Porras Telf. 815772 - 34.
Jr. Túpac Amaru 1992, Lince. Lima
Telf. 700251.

MUELLE LOPEZ, LUIS
Ingeniero Extensionista
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Camilo Carrillo 118, Jesús María.
Mello Franco 166-A Jesús María, Lima.

PACHECO LUZA, EDGARD FERNANDO
Psicólogo
Instituto Sur-Oriente de Investigación y Rehabilitación en Salud Mental.
Jefe del Departamento de Investigación
Jr. Ayacucho 296 - Cuzco.
Urb. Manuel Prado B-16, Cuzco.

PACHECO VASQUEZ, OLGA ELIZABETH
Profesora
Dirección Departamental Puno
USED – Telf. 680
Jr. Deza No. 640 Int. 6 - Puno.

PAREDES BARRIGA, SONIA
Enfermera
Area de Salud No. 56. Puno
PROCAN
José Antonio Encinas s/n Telf. 85.
Jr. Lambayeque No. 141 Telf. 815.

PEDERSEN, DUNCAN
Médico
OPS/OMS
Los Cedros 269, San Isidro Telf. 409200
Los Cipreses 364 San Isidro, Lima
Telf. 403974.

PERALES CABRERA, ALBERTO
Médico Psiquiatra
Instituto Nacional de Salud Mental
Jefe del Departamento de Investigación
Av. Palao s/n San Martín de Porras
Telf. 814235 - 55

PINAZO DELGADO, JORGE
Psicólogo
Instituto Nacional de Bienestar Familiar
Operativa No. 4
Yanamayo s/n Hogar de Menores
Jr. Cajamarca 800, Puno.

RAMOS QUISPE, FELICITAS
Enfermera
Hospital Regional de Puno

Av. El Sol 1022.
Jr. H. Rivera del Mar 130, Puno, Telf. 563.

RODRIGUEZ DIAZ, MERCEDES
Enfermera
Hospital Regional de Puno
Av. El Sol No. 1022
Urb. Chanu Chanu J–24, Puno. Telf. 563.

SANDOVAL DE ARMAZA, MARIA
Enfermera
Area de Salud No. 56 - Ex - Región de Salud de Puno
Enfermería
José Antonio Encinas s/n. Telf. 85
Federico Moore No. 116 - Puno. Telf. 515.

TEJADA TEJADA, KENNY
Médico Psiquiatra
Instituto Nacional de Salud Mental
Av. Palao s/n San Martín de Porras, Lima. Telf. 814235.

TICONA TICONA, JUAN
Representante de los Promotores de Salud - Puno
Comunidad de Suquinapi - Ilave.
Puesto Salud Comunal
Comunidad de Suquinapi - Ilave, Puno

UNDA AGUILAR, EMMA BERTHA
Enfermera–Pediatría
Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería Telf.516-673
Ciudad Universitaria, Casa No. 19
Puno - Telf. 516.

VALERO ROMERO, SABINA V.
Asistente Social
Ministerio de Agricultura R.A. XXI
Bienestar Social
Jr. Moquegua 264
Jr. Deza No. 815 Puno Telf.606-34

VARGAS DE SOTOMAYOR, JULIA
Enfermera
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano.
Puno 1001, Puno.

ZEVALLOS MENDOZA, GUILLERMO A.
Psicólogo
Instituto Superior Pedagógico de Puno Salcedo - Puno
Chanu Chanu S–10, Puno.

ZUBIA DEL CARPIO, NELLY
Asistente Social
Area de Salud de Puno
José Antonio Encinas s/n
Jr. Puno 811, Puno.

ANEXO 3 :

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

DEPARTAMENTO DE PUNO

Datos Generales

Superficie: 72,382 Km2.
Porcentaje respecto del total nacional: 5.6 o/o
Parte peruana del Lago: 4,996.3 Km2.
Lugar por extensión entre los departamentos del país: 4
Población estimada a 1985: 959,375 habitantes.
Porcentaje del total nacional: 5.2o/o
Porcentaje asentado en el área rural: 64 o/o
Lugar por tamaño población entre los Departamentos del país: 5o.
Tasa anual de crecimiento demográfico: 1.52 o/o
Contribución al PBI nacional: 4.5 o/o
Parte de la Sierra del total departamental: 70o/o
Parte de Selva del total departamental: 30o/o
Altitudes en Sierra: de 3,800 a 5000
Sub-Unidades al interior de la unidad sierra:

- Sub-Unidad altiplano (25o/o del territorio departamental) Incluye: Puno, Juliaca, Ayaviri, Azángaro, Juli, Ilave, Yunguyo y Huancané.
  Densidad poblacional: 135 hbt./Km2.
  Minifundio extremo.
- Sub-Unidad laderas y áreas intermedias: Ganadería (ovinos y auquénidos). Minería.

Unidad Selva:

- Cultivo de café, arroz, cítricos y explotación de madera y oro.
- Area de colonización (desde década de los 50).

Recursos

Suelo:

6'739,000 Hras.
Area favorable para la explotación agropecuaria y forestal: 8o/o.
Vocación agrícola: 3.7o/o del total
Pastos naturales: 49o/o
Explotación forestal: 28.3o/o.

Superficie apta para uso agrícola: 246,000 Hras.
Uso de ese total: 52o/o (resto en descanso).
Pastos naturales: 3'304 Has.
Unidades de ovino: 11'385,900 (ganado vacuno y alpacas).

Densidad: 3.4 u.s./Has.
(Normal de soportabilidad: 2.5 o/o).

Recurso Hídrico

Conformado por la Hoya del Titicaca y la del Inambari.
Lago Titicaca, extensión: 8,380 Km2.
Potencial hidroenergético estudiado: 3,500 MW
Hidroeléctricas en funcionamiento: 5 (pequeñas)
Generación en conjunto: 0.33 MW.
Aprovechamiento actual de la Cuenca del Titicaca para riego: 218,000 Has.

Recursos mineros

Yacimientos polimétricos
Estimación: 5,000 millones de TM de minerales (oro, uranio, cobre, plata, estaño, plomo).
Destaca:

Yacimiento aurífero de San Antonio de Plata.
Contenido: 0.3 gramos de oro por m3.

Depósitos de uranio (en Huiquiza): 600 Km2. Posible rendimiento: 2 Kg. de uranio/tonelada. (Canadá y Australia: 60 gr./TM).

Estructura económica:

Primaria-extractiva (agropecuaria predominantemente: ganado en piel, fibra de alpaca, lana cueros, papa, café, quinua, minerales).

Dependencia con respecto a la metrópoli de Arequipa:

- Actividad agropecuaria: 6o/o de la fuerza laboral.
  Cobertura del apoyo técnico y crediticio: 70o/o del área cultivada y 7o/o del ganado.
  Problemas en estructura de tenencia de la tierra y de infraestructura vial.

- Actividad Pesquera:
  Número de pescadores: 3,500
  Técnicas utilizadas: Tradicionales
  Apoyo Técnico y financiero: Nulo.

- Actividad Minera:
  Contribución al PBI departamental: 16o/o

– Actividad Industrial:
Contribución al PBI departamental: 7o/o
Fuerza laboral respecto del total departamental: 8o/o
Limitación principal: falta de energía, servicios de agua, comunicaciones, asistencia técnica y crédito.
Artesanía: Textil (80o/o), peletería (10o/o), cerámica (5o/o).

– Actividad Turística:
Lugar de paso hacia Cuzco, Arequipa, Lima y viceversa.
Promedio de estadía: 2.1 días/turista
Infraestructura de servicios turísticos: Puno (55o/o) y Juliaca (38 o/o).

Nivel de Vida
Condiciones de vida críticas
Flujo emigratorio más tensiones sociales (en Azángaro, Melgar, Huancané).

PEA departamental:	330,000 personas
PEA agropecuaria:	60.8o/o (200,640 hbts)
PEA en desempleo abierto:	2.9o/o
Ingreso Promedio:	28,000 soles (1981)
Ingresos inferiores:	77o/o con menos de 30,000 soles - 10o/o con más de 200,000 soles.

Niveles alimenticios y nutricionales: 1,800 calorías per cápita (2,500 requeridas).
Desnutrición de niños de 6 años (1984): 52o/o de niños del área urbana y 80o/o del medio rural.

Salud
Médicos: 1.16 médicos por 100,000 hbts. (9 a nivel nacional).
Odontólogos: 0.2 médicos por 100,000 hbts. (2.5 a nivel nacional).
Enfermeras: 2.34 por 100,000 hbts. (1.47 a nivel nacional)
Camas: 6.0 por cada 100,000 hbts. (18.4 a nivel nacional).
Tasa de natalidad: 37.95o/o habitantes (36.36o/o nacional).
Mortalidad general: 13.15 habitantes (0.4o/o nacional).
Tasa de mortalidad infantil: 114.96 nacidos vivos (97.88 nac.).
Tasa de mortalidad materna: 54.12o/o nacidos vivos (3.10).

Principales causas de mortalidad:
– Enfermedades del aparato respiratorio: 34.9o/o
– Síntomas y estados morbosos mal definidos: 12.4o/o
– Prenatal: 7.8o/o
– Disentería y gastroenteritis: 7.1 o/o

– Aparato digestivo: 6.0 o/o

Educación:

Indice de analfabetismo departamental: 32.5o/o de la población mayor de 15 años (18o/o promedio nacional).

Vivienda

Con servicios completos (1981)	14.2o/o
Con agua:	18.3o/o
Sin servicios elementales:	76.5o/o

Infraestructura económica

– Potencia instalada Dpto. :	35,069 Kw.
Potencia efectiva:	21,525 Kw.
Plantas térmicas :	99o/o (1o/o de origen hidráulico)
Red de carreteras:	4,825.8 Km.
Asfaltadas:	4.4o/o
Afirmada:	23.6o/o
Sin afirmar	20.6o/o
Trochas carrozables:	51.2o/o

Servicio postal: a 90 localidades
Servicio telefónico: sólo a las ciudades de Puno, Ilave, Juliaca, Ayaviri, Pomata, Santa Rosa, Juli.
Número de abonados: 1967. Centrales: manuales.
Servicio Télex: Sólo a algunas ciudades de Puno, Juliaca. Número de abonados: 43
Servicio telegráfico: Sólo a 21 capitales distritales.

Cuadro No. 1

Inversión Pública 1986
Departamento de Puno

			o/o	Miles de Intis a precios Dic. 1985
1.	Gobierno Central		22.9	172258
	a. Ministerios	13.1		
	b. Instituciones	6.9		
	c. Fondos	2.9		
2.	Corde		23.9	179763
3.	Empresas Estatales		53.1	398926
	Total		100.0	750947

Cuadro No. 2

Inversión Pública 1986
Departamento de Puno

Sectores	Asignación 1986	Porcentaje
Agricultura	97037	12.9
Pesquería	4313	0.6
Industria	12489	1.7
Turismo	1976	0.3
Minería	54027	7.2
Transp. y Comun.	70742	9.4
Electricidad	308739	41.1
Educación	26107	3.7
Salud	39762	5.3
Vivienda	24785	3.3
Otros	110970	14.8
Total	750947	100.00

PUNO:
GUIA DEMOGRAFICA Y SOCIO ECONOMICA

Población nominalmente censada: 1981	890,258
Población proyectada al año 2000 (en miles)	1'149.3
Tasa de crecimiento intercensal 1972-1981 (o/o)	1.51
Hectáreas cultivadas por habitante: 1979	0.13
Porcentaje de población urbana: 1981	31.4
Tasa de crecimiento urbano: 1972-1981 (o/o)	4.45
Tasa de crecimiento rural: 1972-1981 (o/o)	0.39
Porcentaje de población menor de 15 años 1981	43.0
Tasa global de fecundidad: 1981	6.6
Esperanza de vida al nacer: 1979	51.8
Tasa neta de migración 1981 (o/o)	47.5
Tasa de escolaridad entre 6 y 14 años: 1981	80.0
Número de habitantes por médico: 1981	12,717
Tasa de mortalidad infantil' 1979	125
Porcentaje de viviendas urbanas con agua, desagüe y luz: 1981	27.5
Tasa de actividad económica: 1981	60.0
Estructura sectorial de la PEA ocupada 1981	
Sector primario	66.2
Sector Secundario	11.1
Sector Terciario	22.7
Porcentaje de la PEA ocupada con educación Secundaria y más: 1981	18.8
Estructura departamental del PBI: 1981	1.5
Estructura sectorial PBI: 1981	
Sector primario	30.3
Sector secundario	19.7
Sector terciario	50.0

Fuente: Perú - Guía Demográfica y socio-económica
Consejo Nacional de Población

SECTOR PESQUERIA

1.– Situación del Sector en el Departamento de Puno

La actividad pesquera en la actualidad se desarrolla generalmente en forma individual y/o familiar, siendo complementaria a la actividad agropecuaria.

Los niveles de producción son relativamente bajos, debido al poco control que ejerce la Dirección Regional de Pesquería XI–Puno, por la falta de recursos humanos, económicos y financieros.

La actividad pesquera no es lo suficientemente dinámica como para absorber a la creciente población económicamente activa, dado a que no existe mayor tecnificación.

Se tiene insuficiente e inadecuada infraestructura de desembarque frío y comercialización.

2.– Principales problemas del Sector.

Problemas actuales causados por la situación de emergencia

La situación de emergencia ha conllevado la indiscriminada alza de los precios de los productos hidrobiológicos dado a que los costos de transporte son mayores.

Los comerciantes mayoristas aprovechando la coyuntura actual, han monopolizado la producción proveniente de la pesca; dándoles ciertos adelantos de dinero a los pescadores.

Los desembarcaderos construidos en los últimos años son inoperantes por el daño causado por las excesivas lluvias y la subida del nivel del espejo de agua del Lago Titicaca y la Laguna de Arapa.

Problemas permanentes del Sector

Insuficiente capacitación de los recursos humanos dedicados a la actividad pesquera, debido a la carencia de un programa de capacitación.

Inadecuada e insuficiente infraestructura de producción, desembarque frío y comercialización.

Falta de recursos humanos, económicos y financieros.

3.– Posibilidades de solución

– Mayor dotación de recursos financieros.

- Apertuar líneas de crédito Bancario a pescadores artesanales.
- Dar mayores incentivos y capacitación permanente a pescadores, organizándoles en asociaciones colectivas.
- Implementar de mayores recursos humanos a la Dirección Regional de Pesquería.
- Implementar el Laboratorio en la DIREPE.

4.– Situación de los trabajadores
- Bajas remuneraciones percibidas por el personal de la DIREPE XI PUNO.
- Escaso material de laboratorio, que no permite realizar trabajos de investigación.
- Falta de recursos financieros para realizar trabajos de campo.

5.– Perspectivas del Sector y su vinculación con el campo de la Salud Mental.

El consumo de pescado es de vital importancia en la alimentación, debido a que es altamente nutritivo, y porque las bondades proteícas que ofrece, permiten el desarrollo normal y armónico en el crecimiento y el desarrollo mental del hombre.

El desarrollo pesquero en la región de Puno debe ser amplio, ya que se vienen tomando acciones y estudios en la zona de ceja de Selva y Selva del Departamento.

SECTOR TRABAJO

Problemas de Conducta:

1.- Problemas laborales asociados al alcoholismo:

— Incomprensión en el hogar, determinando aspectos socio-económicos negativos.
— Relación negativa en el Centro de Trabajo.
— Ausentismo esporádico en las horas de trabajo.
— Influencia y motivación de parte de los trabajadores y los usuarios.
— Falta de autoridad de parte de los directivos.
— Relajamiento moral y falta de responsabilidad en el trabajo.
— Inconformidad del trabajador en el desempeño de sus funciones.
— Falta de una racionalización adecuada para el cumplimiento de funciones.

2.– Accidentes laborales:

— Ambientes inadecuados
— Mala ubicación de los locales de trabajo.
— Falta de medidas preventivas.
— Falta de capacitación de personal.

3.– Ausentismo

— Alcoholismo
— Deficiencia en la asignación de funciones, con responsabilidad.
— Falta de un ambiente equilibrado entre el personal.

4.– Desocupación - Sub-empleo

— Falta de centros de trabajo, adecuados a la región.
— Exceso de oferta de mano de obra.

5.– Ajuste Laboral:

(Huelgas, protestas, agresión, robos, relaciones patronales).
— Alto costo de vida y escasez de productos de primera necesidad.
— Bajas remuneraciones.

SECTOR AGRICULTURA

Problemas de Conducta

1.– Situación del Sector Agricultura en el Departamento de Puno

El Sector Agricultura al igual que los demás Sectores de la Administración Pública atraviesa por una seria crisis económica; problema que no es de momento sino que se viene dando desde gobiernos anteriores; falta de recursos que no permiten al sector desarrollar sus actividades en forma normal como se inició el Proceso de Reforma Agraria. Limitantes entre las que se cuenta: carencia de vehículos y maquinaria agrícola, presupuesto exiguo; pese a estas limitaciones la preocupación e interés del actual Director Regional Ing. Julio Jesús Lira Cano, es resolver principalmente el problema de la reestructuración de la tierra y la reubicación de los damnificados por inundaciones, en la actual situación que vive el Departamento de Puno.

2.– Principales problemas del Sector:

Problemas actuales causados por la situación de emergencia

1. Reestructuración de empresas campesinas.
2. Reubicación de damnificados por inundaciones.
3. Falta de alimentos por la pérdida de sembríos importantes de la región.
4. Pérdida de recursos pecuarios.
5. Pérdida de vivienda de los campesinos.
6. Problemas de saneamiento básico en el campo.
7. Incidencia de enfermedades infecciosas, parasitarias, especialmente las afecciones respiratorias por el intenso frío y condiciones insalubres de vivienda, en los campesinos.
8. Incidencia de problemas de morbimortalidad en los campesinos..

Problemas permanentes en el Sector

1. Presupuesto insuficiente para atender adecuadamente los objetivos importantes del Sector.
2. Dispersión de las Entidades del Sector, lo que trae como consecuencia la desorientación del campesino.

3.– Posibilidades de solución

1. La nueva Ley del Sector, que dé una base orgánica.
2. Culminar con la Reestructuración de Empresas Campesinas.

3. Dar aplicación regional, de trabajo temporal para la población económicamente activa.
4. Que los apoyos internacionales y nacionales, en alimentos, préstamos agrarios, de vivienda y otros por la situación de emergencia lleguen a las personas y/o población que realmente requieren.
5. Que el Sector Salud priorice las atenciones de saneamiento básico en el campo (instalación de letrinas, pozos) y las acciones preventivo-promocionales de la Salud, para evitar problemas y enfermedades respiratorias de la población campesina sobre todo infantil y disminuir los índices de morbi-mortalidad.

4.– Situación de los trabajadores

– Remuneraciones bajas al igual que en todo el Sector Público, lo que trae como consecuencia un déficit en las necesidades básicas: alimentación, vivienda y salubridad.
– Crisis de valores.
– Disconformidad y tedio.
– Falta de mística e identificación con el cumplimiento de su roi como trabajador y su Sector.

5.– Perspectivas del Sector y su vinculación en el campo de la Salud Mental

– Participación en la identificación y priorización de las áreas críticas en la Salud Mental.
– Proponer y promover programas de promoción social tendientes al mejoramiento de la salud mental y desarrollo humano.
– Capacitación campesina en todos sus niveles.

SECTOR TRANSPORTES

Problemas de conducta:

1.– Situación del Sector Transporte en el Departamento de Puno

El Sector de Transporte a través de su órgano de línea en la actualidad trata de una y otra forma coadyuvar al restablecimiento y rehabilitación de su red vial pese a que en la actualidad, siendo uno de los problemas más algidos es que cuenta con equipo mecánico de 20 a 30 años de servicios razón por la que las metas y objetivos planteados se ven totalmente limitados.

2.– Principales problemas del Sector:

– Problemas actuales causados por la situación de emergencia. Por las constantes precipitaciones pluviales ocurridas en la región, el Sector ha contraído deterioros en la red vial departamental, llegando inclusive a la interrupción total de algunas vías especialmente aquellas localidades secun-lacustre.

– Problemas permanentes en el Sector Transporte. Tensión, depresión y preocupación.

3.– Posibilidades de solución

Implementación en sus diferentes niveles (equipo mecánico, herramientas, vestuarios, atención médica en el campo).

4.– Situación de los trabajadores

Un gran porcentaje de personal que labora en la Departamental de Caminos–Puno viene a constituir empleados contratados. Se suma a ello una remuneración muy baja a comparación de los demás Sectores en todo sus niveles y estas remuneraciones no guardan coherencia con la formación profesional, cargo, responsabilidad y acciones encomendadas.

5.– Perspectivas del sector y su vinculación con el campo de la salud mental

Una de las perspectivas del Sector es la preocupación mediante la oficina de Bienestar Social en el tratamiento ambulatorio en la medicina, cual fuere el programa a desarrollarse referente a salud.

Problemas de Conducta

Problemas de aprendizaje:

- Dislexia: La falta de definición de lateralidad en la primera infancia.
  Deficiente orientación tiempo espacial.
  Déficit de aprestamiento.

Problema de Educación Especial

- Tratamiento medico a niños con cuadro psiquiátrico.
- Tratamiento para niños hiperactivos inorgánicos.
- Examen médico para niños excepcionales.

Problema de audición-lenguaje

- Aprendizaje de lenguaje labio-facial.

Problema de conducta

- Agresividad
- Hiperactividad
- Berrinches
- Desadaptación social
- Autismo

Condiciones sociales

- Participación de la familia en la rehabilitación del niño excepcional.

Bilinguismo

- Influencia de bilingüismo en el desarrollo del lenguaje.
- Ausentismo y/o deserción en los centros educativos.

SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

Dr. Nicolás Barrientos Quiñónez
Director General del Area de Salud No. 56-Puno

La instauración de una política de salud, que ha traido profundos cambios en la concepción de la relación entre el limitado quehacer de los profesionales de la Salud, y el pueblo que es el receptor de las acciones, ha determinado un enfoque más humano a quienes han estado marginados de sus beneficios, y a las edades vitales más vulnerables.

El enfoque a que aludimos, se ha plasmado en los lineamientos de política del Sector, que a su vez han determinado un reordenamiento a través de dispositivos legales que facilitan, o por lo menos orientan las acciones a realizar conjuntamente.

Una revisión somera de estos lineamientos básicos, ya varias veces repetidos, pocas veces aprendidos, y en algunas veces mal interpretados, nos permitirá entresacar de ellos la relación de un problema que es común aunque parece ser sólo reservado al dominio de los especialistas en el campo de la salud mental.

El eje sobre el que gira la nueva política de salud es la democracia de la salud, que no significa tan sólo el alcanzar con mayores coberturas nuestras acciones, sino en conseguir una participación consciente y activa del pueblo en las diferentes actividades del proceso de salud.

Ello sólo se consigue por la movilización del pueblo surgida de sus organizaciones naturales, voluntarias, y las que se creen con espontaneidad, contando con el apoyo de todas las instituciones del Sector. Nuestra experiencia, nos permite afirmar, que el pueblo, al que siempre nos dirigimos paternalistamente, tiene por sí, y por sus voceros naturales una idea clara de su problemática de salud, y un concepto que lo expresan claramente, y mejor aún cuando utilizan su idioma nativo.

Lo que se busca, es que el pueblo organizado se convierta en el actor, en la identificación, priorización, planificación de las acciones

de salud, y en su fiscalizador principal.

Para que esta decisión de hacer participar al pueblo organizado, sea efectiva, ha sido muy importante la descentralización efectiva de los servicios de salud con delegación de autoridad y de responsabilidad hasta el establecimiento de salud más periférico.

La descentralización, ya operante, por medio de la programación local efectuada con participación comunitaria, muy tímidamente avanza, en la ejecución, y en la evaluación de las actividades de salud; y aún por nuestra propia y ancestral formación administrativa, aún no marcha en el manejo de los recursos financieros humanos, físicos y tecnológicos, como se especifica en los lineamientos de salud.

La salud, que tiene un concepto integral, no puede resolverse en sus problemas, con el criterio tradicional médico receptivo, por la misma razón de ser una resultante de muchas circunstancias, que están en el campo de acción de diferentes sectores.

También tradicionalmente se han efectuado muchas coordinaciones inter o pluri sectoriales, pero siempre con el criterio de dirigirse de la cúpula a la base. Los resultados siempre han sido nulos, por las trabas burocráticas, por la lentitud de información, y por la falta de decisión.

Dentro del mismo sector Salud, persiste la falta de coherencia y el personalismo institucional, cuya solución en el Departamento de Puno, se atisba por la formación y por primera vez concertación de aportes y acciones traducidas en la Asamblea Sectorial de Salud.

Los diferentes certámenes que se están realizando tienden a lograr una homogenización de propósitos y luego seguramente de acciones, pero ya no a nivel cupular, sino como una concertación o articulación a nivel de base, dentro de las instituciones naturales del pueblo organizado.

Con estos tres primeros lineamientos, se abre la posibilidad de desarrollar nuevos enfoques para el enfrentamiento de los problemas de salud, y que permitan recuperar los factores culturales y los aportes de la medicina popular hasta ahora tímidamente incorporados al Sector Salud.

La falta de impacto en la salud, reconocible por la permanencia de los mismos indicadores con expresión negativa, revela que las tecnologías no son las apropiadas, y que en su desarrollo no ha intervenido el principal actor de la salud.

La Ley Orgánica de Salud plasma con los D.L. 351 a 356 un reordenamiento de todo el Sector que por definición son todas las entidades que prestan acciones de salud, incluso aquellas que por su acción o inacción repercuten sobre el estado de la salud colectiva.

La constitución del Estado en su artículo 16, otorga al Ministro y al Ministerio de Salud, la función rectora, que deben asumir plenamente, en la formulación, seguimiento, supervisión y el control del cumplimiento de la política nacional de Salud. La participación como un proceso debe llevarse a cabo a través de las instituciones del Sector: públicas y privadas, académicas y científicas, siendo ésta una forma de llevar a cabo la democratización de la Salud.

Salud para todos, es el objetivo final o meta del sector, que se concreta por la definición de las prioridades y la convergencia de los recursos, a los grupos marginados, a las zonas geográficas más deprimidas y a los grupos de riesgo más importantes.

Resumidos así los lineamientos de la Política Nacional de Salud, se entiende mejor el concepto de la estrategia tan publicitada, pero poco aplicada por no comprenderse su real dimensión: la Atención Primaria, que no es un programa, sino que es el modo de plasmar las acciones y que se ha definido claramente en los lineamientos.

Este certamen, está dedicado a producir un documento interpretatorio de la interpretación o resultante de los problemas de salud mental y desarrollo humano. Cuando el profano escucha las palabras salud mental, puede fácilmente asociar a los grandes transtornos de la psique con una desorganización del pensamiento y la conducta, que son propios de la reclusión, o de la intervención de profesionales especializados, que son tan escasos en el país.

Pero hay infinidad de problemas menores que se traducen en respuestas poco adecuadas a los estímulos diarios en la actividad personal, grupal o laboral.

Todos, profanos o no, confrontamos a diario en nuestro entorno el cambio producido en las personas por la influencia cada vez

más constante de presiones de diferente índole.

Una pequeña revisión local, nos permite aclarar lo que todos experimentamos: transtornos climáticos, que desorganizan la vida familiar, o vecinal; expectativa creada por los medios de difusión masiva, de actos de inconducta humana frente a otros seres humanos. Imágenes impresas o televisivas de terror. Descripciones plenas de sadismo, escritas o filmadas por personas también con evidente desorganización de su actividad. Inseguridad económica; inseguridad laboral; inseguridad frente a actos delictivos.

Sin embargo no podríamos, profanamente hablando, decir qué son transtornos mentales.

Puede la estrategia de atención primaria, enfocar y paliar el efecto de estos hechos ante la conducta humana.

Ese es el reto a enfrentar: la participación popular, la descentralización del conocimiento académico, la concertación intersectorial, el nuevo enfoque tecnológico, por referirme a los primeros lineamientos de política.

¿Qué es lo que vamos a encontrar? ¿Son reales o ficticios los hechos de transtornos conductuales enumerados? ¿Cuál es la realidad observada por los personeros o administradores de los diferentes sectores? ¿Puede el poblador marginado, sólo o asociado intuir el problema? ¿Puede el pueblo organizado, formular una priorización? ¿Puede con su sabiduría innata y sus enfoques ancestrales proveer la mejor técnica en el conocimiento, en la solución o propuesta de solución a los problemas?

El resultado, será el fruto de una participación sectorial en el presente evento, y creemos que por disperso o escueto que sea el documento, será el fruto de un equipo de profanos en el conocimiento de las leyes de la conducta humana, orientados por las exposiciones propuestas, pero como un real aporte a lo perseguido por los organizadores de este Seminario, que como parte de este mismo pues podremos evaluar en sus resultados y producir a juicio de los mismos un enfoque o tal vez técnicas para observar algún impacto.

Aunque no existe a nivel de nuestra Area un Servicio Neuropsiquiátrico, los médicos de práctica general logran formular diagnós-

tivos, que tabulados estadísticamente, conjuntamente con los transtornos neurológicos, inciden muy discretamente, sin ser causa importante de letalidad y mortalidad.

La falta de especialistas por un lado, y la tipificación diagnóstica por otro lado, seguramente pueda dar lugar a errores, como el que aparece en el cuadro que resume la morbilidad y letalidad del año 1984, y donde aparecen 5 casos de menores de 1 año, con un fallecimiento.

Apreciaciones aparte, el cuadro resume la presencia de diagnósticos de enfermedad mental, como es presumible, de cuadros de disturbios mayores como esquizofrenia u otros más comunes como las neurosis. Pero no revela lo comentado inicialmente del gran número de transtornos menores, transitorios, o personalidades con mínimas anormalidades, y que responden a la falta de adecuación a los estímulos y presiones propias de una zona con alta migración rural a los centros poblados y al impacto de los medios de comunicación que ahora están al alcance de las mayorías.

Puno, 18 de junio de 1986

SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO: MARCO CONCEPTUAL (*)

INTRODUCCION

La salud, como resultante de un proceso político social, se ha ido reconceptualizando en el transcurso del tiempo, para definirse, a propósito de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud como: "Un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

La Salud Mental, parte natural e interrelacionada con la salud general, se apropia del componente conceptual relacionado con el bienestar psicológico y social dentro de una cultura determinada.

Este concepto, muy criticado por lo abarcativo, inespecífico y no operativo, en cuanto a lo biológico, abrió decididamente, sin embargo, un espacio fundamental en cuanto a lo psicológico y social.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el mundo cambió aceleradamente, generándose nuevas situaciones de extremo contraste en lo relativo a la salud y al desarrollo socioeconómico de los países. Esto condujo a un segundo concepto, propuesto por la O.M.S. la que, en su Asamblea Mundial de 1977, decidió que la principal meta de los Gobiernos y de la propia O.M.S., en los próximos decenios, debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Posteriormente, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-A ta,URSS) declaró que la atención primaria de salud, como función central del sistema de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, era la clave para alcanzar la meta de SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.

El Perú, como país signatario de tal compromiso mundial, ha incluído tales aportes en sus actuales Lineamientos de Salud.

(*) Dr.Alberto Perales y Dr.Kenny Tejada, INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
Dr. Agustín Montoya, UPCH

SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Conviene precisar la distinción conceptual existente entre ambas, pues, con frecuencia, al no ser delimitadas claramente y, peor aún, ser tratadas como si fueran una misma disciplina, los gobiernos incurren en serias injusticias presupuestales con graves perjuicios para el desarrollo de sus propios países.

La Psiquiatría, es una especialidad médica que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. En consecuencia, su ejercicio corresponde a los médicos especializados en tal disciplina. Las metodologías de estudio y técnicas de intervención aplicadas son principalmente médicas aunque, en las últimas décadas, se aprecia una fuerte influencia de las ciencias sociales. Su foco de atención está en el diagnóstico y tratamiento del transtorno mental siendo, también, obvio su interés en actividades preventivas.

La Salud Mental, como la Salud General, desborda como problema, el campo de la medicina y solicita, para su correcta apreciación y manejo, la participación de otras disciplinas y la obligada participación de otros sectores, especialmente de: Educación, Economía, Trabajo, Vivienda, Agricultura, etc. pues la salud mental como la salud general, es factor participante en toda actividad humana. Consecuentemente la salud mental es interdisciplinaria e intersectorial. En este sentido, mientras que la Psiquiatria se ocupa preferencialmente de los transtornos mentales de mayor prevalencia en nuestra población, alcoholismo por ejemplo, la Salud Mental debe enfrentar problemas aún mayores y de otro orden y complejidad como la violencia y la corrupción.

SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano, individual y social, base del desarrollo de los pueblos, implica un proceso de cambio en etapas sucesivas e inherentes a la vida misma que, fundamentalmente, consiste en la superación gradual de variados condicionamientos cognoscitivos y conductuales. Conviene, además, señalar que desde el punto de vista de la salud mental, el concepto de desarrollo no debe limitarse

a la exclusiva variable de crecimiento sino, esencialmente, a la maduración. En tal perspectiva, se puede hablar de salud mental como fenómeno individual en el que destaca la actitud mental positiva delindividuo frente a su medio ambiente que le posibilita una adaptación dinámica y productiva al mismo; así como aplicar el concepto a los grupos humanos, sea a nivel familia, instituciones, comunidad, sociedad, nación. No debe olvidarse que el ser humano se comporta de acuerdo a cómo piensa y percibe su realidad y que el verdadero núcleo del subdesarrollo de los pueblos se encuentra a nivel de una salud mental subdesarrollada. En tal sentido, la relación entre salud mental, desarrollo humano, desarrollo institucional y productividad es problema que debe interesar a todos los gobiernos.

Finalmente, considerando que la base fundamental del concepto lo constituye la relación hombre-ambiente, tomando a este último en su amplio sentido ecológico, el estudio y programación de planes de salud mental deben tener muy en cuenta la influencia del factor cultural el que puede hacer variar la eficacia de las medidas en diversas pobleciones.

En respuesta a todo lo anterior y ubicados en el creciente y complejo problema expuesto, el Seminario, reconociendo la urgente necesidad de recoger información válida en este campo que sólo la investigación científica puede otorgar, tiene como uno de sus principales objetivos priorizar las áreas de indagación más urgentes en Salud Mental en el Departamento de Puno.

CURANDERISMO

Dr. David Frisancho P.

1. El curanderismo se refiere a un conjunto de prácticas médicas, empíricas, tradicionales y populares, cuyo objetivo es curar las enfermedades.
   El curanderismo es diferente a la brujería cuya finalidad es producir enfermedades, por ejemplo "el daño".
   En el Perú, desde las épocas precolombinas han existido curanderos dedicados a algunos aspectos de la medicina folklórica, por ejemplo quienes tenían poder adivinatorio para el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades, eran los Yatiris; los "moscoj", interpretaban los sueños y su relación con los sucesos de la vida, los "jampicuj" o "jampicamayoc", que eran los médicos propiamente dichos.

2. Las enfermedades mentales y otros afines han sido y son objeto importante del curanderismo. Muchas enfermedades orgánicas y mentales han sido interpretadas como consecuencia de la brujería y por tanto el curanderismo se opone a ella.
   En la actualidad "el daño", "el susto", "los nervios", "el ojeo", "el chucaque" son algunas de las enfermedades sicosomáticas que requieren sicoterapia, el curandero recurre a diversos procedimientos de esa índole.

3. El curanderismo, en el Perú y en el mundo está sumamente extendido. En la región andina, en la costa y en la selva, se practica profusamente con particularidades muy propias de cada una de esas zonas.

4. El curanderismo tiene diferencias y relaciones con la medicina científica o formal. No son contrapuestas como se piensa generalmente, coexisten por razones culturales, sociales, económicas. Quizás los factores culturales sean los más importantes, y muchas personas hacen uso tanto de la medicina folklórica como de la medicina científica.

5. El curanderismo tiene un origen común con la religión; mejor dicho, un origen filosófico o conceptual igual: seres sobrenaturales o dioses que producen y también curan las enfermedades. Es por eso que los sacerdotes fueron los primeros "médicos" en las sociedades primitivas. Muchos ritos del curanderismo se asemejan a los ritos religiosos y muchos amuletos son remedos de cruces, santos y otros objetos de uso religioso.

EL DESARROLLO HUMANO Y LA SALUD MENTAL: PERSPECTIVAS SOCIO-CULTURALES Y APUNTES METODOLOGICOS

Dr. Duncan Pedersen

En las discusiones en torno al desarrollo bio-psico-social del ser humano y de salud mental, casi siempre se invoca la integralidad de ambos conceptos que constituyen un todo indivisible. En efecto, los problemas de la salud mental se presentan siempre como desviaciones más o menos importantes al proceso de desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano a lo largo del ciclo vital.

En las siguientes páginas voy a referirme en particular a la dimensión o perspectiva socio-cultural de ambos conceptos, señalando algunos efectos de lo cultural sobre la sociedad y sus repercusiones en la salud mental y el desarrollo humano.

Para terminar, voy a intentar tipificar algunos enfoques y tendencias entre los investigadores, y al pasar, señalar algunas cuestiones de método, sin pretender en ningún caso agotar el tema.

Antes de comenzar la presentación de los efectos de lo cultural sobre la sociedad, vale la pena hacer algunas consideraciones a modo de advertencia.

En el abordaje de la salud y enfermedad desde las ciencias sociales los autores suelen ubicarse por lo general hacia dos polos o tendencias.

Los unos, que representan la tendencia culturalista, tienden a explicar el fenómeno de la enfermedad y la diversidad de comportamientos resultantes, a través de la comprobación de un sustrato particular de conceptos y valores de la sociedad. Entre estos, algunos tienen la tendencia a atribuir un peso excesivo a la base cultural de determinados comportamientos, los que se explican mejor sobre una base socio-económica, que a partir de los valores culturales del grupo.

Los otros, que representan la tendencia social, buscan interpretar el fenómeno de salud y enfermedad desde una perspectiva situada desde otro nivel o escala, a partir de los imperativos del ambiente

ecológico, de las determinantes económicas y de sus estructuras de producción, y de los juegos de poder que se dan en la sociedad en el transcurso del devenir histórico de sus aparatos institucionales.

Si bien el contexto ecológico y socioeconómico es indispensable para la comprensión del proceso de salud y enfermedad y de sus comportamientos resultantes, es por sí sólo y hasta cierta medida insuficiente para explicar lo observado en ciertas poblaciones sumergidas en una ecología y situación económica similar, las que no obstante, muestran en su interior enfermedades y tasas de morbilidad diferenciales, y expectativas de vida diferente, entre grupos, segmentos o clases sociales aparentemente homólogos.

En realidad, ambos polos o tendencias son legítimas y se sitúan en dos niveles diferentes de inteligibilidad, no necesariamente contrapuestos, sino más bien complementarios. Las respuestas dadas por todo grupo social frente a los imperativos del ambiente social y económico son mediatizadas por las concepciones y valores del grupo, lo que explica mejor las variaciones en el nivel y estructura de salud, y en el comportamiento de grupos sociales sometidos a presiones ambientales homólogas. (Existen muchos ejemplos que ilustran esta afirmación: los estudios sobre obreros de la industria siderúrgica muestran variaciones significativas en la frecuencia y tipo de enfermedades según su origen étnico o los habitantes de una misma región ecológica tienen diferentes tasas de infestación por malaria, según sean negros o indígenas aunque se pertenezca a un mismo estrato social y tengan una inserción similar en el aparato productivo).

Efectos de lo cultural sobre la sociedad

Muchos autores han intentado describir los efectos de la cultura sobre la población al identificar el rol que juega la cultura en la generación de ciertas enfermedades y dolencias.

Hoy son cada vez más evidentes las relaciones entre algunas enfermedades y ciertos patrones de comportamiento de base cultural, tales como el tipo de alimentación, el uso de tabaco y alcohol, la actividad física y el sedentarismo. Estos hábitos o comportamientos cotidianos están determinados en parte por la cultura y hoy empiezan a delimitar el campo de los estilos de vida, el que viene siendo reconocido por los investigadores como de importancia capital en la salud humana (Pedersen, 1985).

En un sentido restringido, el concepto de estilos de vida se apli-

ca a los aspectos relacionados con el comportamiento individual. Desde una perspectiva más amplia, los estilos de vida son manifestaciones con una dimensión colectiva y social y a su vez están determinados y modelados por el contexto social, económico y cultural. Lo que es importante destacar aquí, es que hay estilos de vida como parte de un sistema cultural, que aumentan significativamente la exposición al riesgo de enfermar y de morir, y tienen definidos efectos patogénicos sobre la población.

Jilek, sostiene que la cultura no sólo tiene un efecto patogénico sino que además tiene un efecto patoplástico, al darle forma a las manifestaciones patológicas. En efecto, la cultura ejerce una influencia considerable en las condiciones psiquiátricas, no sólo en la manifestación de los síntomas, sino también en el curso y aún en el pronóstico de la enfermedad (Jilek, 1983).

En la esquizofrenia se puede observar el efecto patoplástico que ejercen los factores culturales sobre el curso de la enfermedad: la frecuencia de ciertas alucinaciones, la aparición de síntomas catatónicos y de la respuesta afectiva, y aún el pronóstico, parece ser mejor entre los africanos y asiáticos que entre los europeos. Una hipótesis para explicar este hallazgo es que el pronóstico puede variar de acuerdo a la clase de respuesta familiar y social frente al episodio inicial de psicosis, y esta respuesta está a su vez, fuertemente determinada por la cultura.

El cambio cultural es otro proceso que induce efectos patogénicos y aún patoplásticos, en la expresión de ciertas enfermedades como las denominadas "Síndromes de filiación cultural" y que se presentan como productos transicionales entre la tradición y las influencias modernizantes. Estos sindromes son por lo general problemas de la esfera del comportamiento y están circunscritos específicamente a una determinada cultura. Así, por ejemplo, la Anorexia nerviosa es un cuadro que se presenta con exclusividad en familias pertenecientes a la cultural occidental y moderna y de mayor frecuencia entre migrantes; la histeria del Artico se registra sólo entre los esquimales y está vinculada a cambios sociales muy rápidos en un ambiente de gran stress; el amok, es una entidad descrita entre los nativos de la Malasia, y se caracteriza por una explosión violenta de comportamiento, seguida por agotamiento y amnesia, el espanto es una entidad propia de la cultura indoamericana que se presenta en grupos predominantemente indígenas de Centro América y de la región occidental de América del Sur, casi siempre relacionado con

la "pérdida" del alma al haber sido capturada por las divinidades que habitan en las entrañas de la tierra (en vertientes, ríos, quebradas, grietas o grutas naturales, por un encuentro súbito o inesperado).

Los efectos del cambio cultural también se hacen presentes en las poblaciones denominadas "marginales", como es el caso en Africa de los "destribalizados" o en América Latina de los migrantes hacia las grandes ciudades considerados como "semioccidentales" o "urbano-marginales". En el caso peruano Seguín ha descrito el síndrome de desadaptación que ocurre entre los migrantes de la sierra hacia la costa, y que comprende un conjunto de síntomas de variada naturaleza, que por lo general se muestran resistentes al tratamiento médico convencional.

Estos grupos, están expuestos a un mayor riesgo de enfermar y de morir no sólo por el hecho de estar segregado a los escalones más bajos de las clases sociales, sino además por haber renunciado parcial o totalmente a su propia cultura, sin haber asimilado la nueva. Este estado transicional de "deculturación" o deprivación cultural, sumado a la pobreza y a ciertas condiciones adversas propias de la migración, es en el que se encuentran los mayores riesgos de enfermar o de tener un episodio psicótico–reactivo.

NIÑO GOLPEADO–INFANTICIDIO

Otro conjunto de efectos de lo cultural sobre la sociedad se muestra en torno a los patrones de crianza y a sus consecuencias sobre el desarrollo humano. Dos ejemplos bastan para ilustrar la gran variabilidad cultural que existe en relación a patrones de crianza, los que no necesariamente tienen resultados manifiestos (negativos o positivos) sobre el desarrollo y el comportamiento.

La mayoría de los tratados de pediatría modernos aconsejan sobre el tiempo óptimo para iniciar el adiestramiento del niño en el control de sus esfínteres, vesical y anal, el segundo o tercer año de vida. Sin embargo, otros grupos culturales, inician este adiestramiento mucho antes, como es el caso de los Digo, en Africa oriental, quienes empiezan este adiestramiento a la segunda semana de vida (de Vries, 1977), con un éxito en el 90o/o de los casos entre el cuarto y sexto mes. Eisenberg comenta que en este caso, es la madre quien se adiestra en reconocer las señales del niño y no el niño que

es entrenado en responder a las indicaciones de la madre... en ambos casos se trata de un contexto indulgente de prácticas de crianza, pero los imperativos sociales, económicos y culturales son diferentes (Eisenberg, 1981). No se trata aquí de reconocer una práctica de crianza como la mejor, sino más bien de reconocer que la cultura va modelando el conjunto de prácticas y que pueden desagregarse e imponerse aisladamente de un grupo cultural al otro, por fuera del contexto en que éstas ocurren.



PRACTICAS OBSTETRICAS Y MORTALIDAD PERINATAL RETRASO MENTAL

Otro tanto sucede con las teorías del dominado vínculos o relación materno–infantil ("bonding" de los autores anglosajones), algunos autores contienden que no hay evidencias consistentes para comprobar que el vínculo o "bonding" temprano es esencial para el desarrollo normal de las relaciones madre–hijo (Eisenberg, 1981), en realidad, no se pretende desconocer la importancia de la relación temprana entre madre e hijo, sino lo que se pone en tela de juicio es el determinismo con el que se afirma el "bonding" y el contacto corporal temprano y sostenido, como condición esencial del establecimiento de esa relación como si el vínculo establecido fuera sinónimo de una "buena" relación y el vínculo no establecido resultara inexorablemente en una deprivación, con efectos irreversibles sobre la relación materno infantil.

Es evidente que las mujeres de la sociedad urbano-industrial tienen un contacto mucho menor y menos frecuente con sus hijos que las mujeres de las sociedades rurales de economía campesina de América Latina. En la región andina, la madre indígena mantiene un contacto muy estrecho con su hijo, a través de una lactancia prolongada y el constante acarreo en su espalda hasta el segundo año de vida, al punto que durante los primeros meses, el niño prácticamente no tiene contacto con el suelo. Por otra parte, la madre urbana sometida a un régimen de trabajo como empleada y obrera, está muy limitada en la frecuencia de los encuentros y duración de los contactos con su hijo, lo que también afecta la duración de la lactancia. Ambos modelos de crianza y lactancia son, en realidad una respuesta de naturaleza adaptativa a las condiciones sociales y económicas prevalentes en ambos grupos –en particular determinados por la inserción o no de la mujer en la fuerza de trabajo– y en menor medida influenciados por la pertenencia a la cultura rural-tradicional o a la cultura

urbano-industrial de tal manera que es difícil prejuzgar la validez de un modelo de crianza sobre el otro. En mi parecer, las mujeres indígeneas que migran del campo a la ciudad, mantienen por algún tiempo sus patrones de crianza y lactancia, mientras están dedicadas a tareas domésticas y trabajos eventuales (p. ej. las vendedoras ambulantes en las ferias, tiendas o puestos de comida). Este comportamiento se transforma significativamente cuando la mujer ingresa en el sector formal de la economía.

Las consecuencias que traen el grado y clase de intimidad y contacto físico entre madre e hijo sobre el desarrollo del niño, son inseparables del conjunto de prácticas de crianza y de los rasgos culturales que facilitan el proceso de adaptación a uno u otro ambiente ecológico (Eisenberg, 1981).

LOS ENFOQUES Y TENDENCIAS

El enfoque socio-cultural considera al hombre como un ser biológico que vive en un grupo humano específico, y que es portador y a la vez creador de cultura por lo tanto, este enfoque se interesa por la inmensa variabilidad de estrategias culturales desarrolladas por los diversos grupos humanos en sus negociaciones con el ambiente, al seno del cual se encuentran los fenómenos biológicos que son compartidos por todas las sociedades (el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo o envejecimiento, la enfermedad y la muerte).

Esta situación se refleja en parte en el escenario de la investigación socio-cultural sobre salud y enfermedad, en el que se perciben tres tendencias fundamentales:

a) una primera tendencia agrupa los autores que se interesan por lo que una población particular (una clase social) dice sobre la salud y enfermedad, es decir el "discurso popular" de las enfermedades, su denominación e identificación, los síntomas y su significado, el modelo explicativo, etc. Este conocimiento tiene una particular relevancia para la práctica clínica.
Por lo general, los médicos están familiarizados con las diferencias culturales en la expresión de los síntomas y estas diferencias han sido confirmadas por la investigación sociocultural. El modelo biomédico interpreta los síntomas como simples manifestaciones de una realidad biológica subyacente (Goog y Del Vecchio, 1980). Estos síntomas se decodifican y luego se transforman en nombres de enfermedades, para después prescribir

un tratamiento apropiado a tal o cual enfermedad. Cuando el médico ha descartado todo posible significado biológico de un síntoma que no tiene sentido en esta dimensión, se ve forzado a interpretarlo como de contenido psicológico. Este reduccionismo a dos categorías representa una clara sobresimplificación, dado que limita la importancia del significado de los datos sociales y culturales. La solución que se ha propuesto consiste en dotar de un código cultural para las diferentes subculturas, que pueda servir al médico para recodificar los síntomas y ubicarlos en las entidades respectivas; la base propuesta sería un "enfoque" centrado en el significado de los síntomas".

Esta tendencia de investigación, sobre lo que la gente dice, implica dos supuestos, el primero, que en diferentes grupos étnicos la misma enfermedad puede estar representada por diferentes síntomas (rol patoplástico de la cultura), y, el segundo, que los síntomas, aparte de su significación biológica, son condensaciones de significados.

b) Una segunda tendencia se interesa por lo que una población hace por mantener la salud y luchar contra la enfermedad. Esta tendencia está representada por los autores que tratan sobre los estilos de vida, las prácticas y los comportamientos con respecto a la salud y enfermedad, incluyendo los comportamientos de reducción de riesgos y limitación de daños de prevención y de búsqueda de la salud, los procedimientos y rituales terapéuticos y que hoy comprende una buena parte de los trabajos publicados en el campo de la antropología médica, la etnopsiquiatría y la epidemiología socio-cultural.

c) Por último, una tercera tendencia enfoca su atención sobre las condiciones culturales y las determinantes socioeconómicas de los fenómenos. Los autores representativos de esta tendencia, se concentran alrededor de un conjunto de observaciones interculturales y estudios comparativos entre distintas culturas y grupos sociales, interesados por el por qué una población determinada se enferma con un patrón de morbilidad y mortalidad diferente al de otra población, delimitando el campo de la psicología y de la psiquiatría transcultural, con unas pocas referencias para América Latina

Estos estudios comparativos arrojan evidencias importantes y señalan un camino interesante de explorar en experiencias controladas para otras poblaciones en América Latina, en donde

deben iniciarse estudios comparativos de eficacia entre terapias tradicionales y modernas, a fin de establecer una base de comparación más objetiva entre los sistemas médicos institucionales y las culturas médicas tradicionales en relación al manejo de los problemas de salud mental.

A manera de simples notas finales quisiera señalar algunos problemas de métodos que se enfrentan en la investigación en salud mental y desarrollo humano.

En general, en las tres tendencias o sectores mencionados, se mantienen todavía las discrepancias sobre la confiabilidad y reproductibilidad de los métodos e instrumentos de evaluación y diferenciación de los distintos problemas de salud mental entre los diferentes grupos culturales y sociales.

Si bien se han hecho progresos sustanciales en la estandarización de algunas pruebas y cuestionarios para poder hacer comparaciones entre distintos países, sobre la frecuencia y distribución de ciertos problemas, síntomas o sindromes de naturaleza orgánica o sistémica (retardo mental, epilepsia, etc.) las categorías o preguntas no siempre son válidas o comparables cuando se trata de medir frecuencia, distribución y características de problemas como el alcoholismo, la esquizofrenia o la depresión, en distintos países o nichos culturales. Las categorías impuestas desde afuera por los investigadores no siempre son compartidas por los sujetos bajo observación, y este problema metodológico se sostiene a lo largo del diseño de instrumentos, del levantamiento de los datos y del análisis de la información.

Otro tanto ocurre en las observaciones sobre el comportamiento de lapoblación, en el manejo de la situación de salud, enfermedad. El sesgo que se produce por la sola presencia de uno o más observadores (por más calificados que éstos estuvieran), modifica las transacciones entre la gente y los comportamientos de los pacientes y sus terapeutas, alterando los resultados al punto de que aún los efectos denominados "placebo" han sido cuestionados o invalidados por algunos autores, por los cambios neurofisiológicos detectados a nivel hipotalámico como respuesta a la administración de sustancias aparentemente "inertes" o frente a cualquier procedimiento terapéutico.

Por último, en relación con los estudios de interacción entre padres e hijos, o de stress y estimulación precoz, los experimentos

etológicos de "imprinting", comprobados en modelos animales con ciertas especies (ratones, lemúridos, macacos, gansos y otros), deben ser tomados con cautela frente a la excesiva tendencia a extrapolar los resultados a la especie humana. Muchos de estos experimentos no han podido siquiera replicarse en otras variedades de la misma especie animal, lo que limita considerablemente su extrapolación al comportamiento humano.

REFERENCIAS

Eisenberg, L. "Social context of child development" "Pediatrics. 68:5, 1981.

Vries de, M. "The cultural relativity of toilet training readiness" Pediatrics, 60: 170, 1977.

Good, B. Del Vecchio, M.J. "The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice " in The relevance of Social Science for Medicine. (Edited by Eisenberg, L. and Kleimen, A.) Reidel, Boston, 1980.

Jilek, W. "Culture and psychopathology revisited", "Culture, Vol III, No. 1, 1983.

Pedersen, D. y Bibeau, G. Estilos de vida y Salud, Documento de Trabajo. OPS/OMS y W.K. Keellogg. Washington. D.C. Octubre, 1985.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL SEMINARIO NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL EN EL PERU (1982)

PREVENCION PRIMARIA DE SALUD MENTAL

1.– Se han recomendado estudios sobre el núcleo familiar, relación madre–hijo y relación maestro–alumno y familia.

Igualmente sobre aspectos poblacionales: infanto-juvenil, de tercera edad y grupos de alto riesgo, todo ello integrado en lo posible dentro del programa de atención primaria de salud.

PREVENCION SECUNDARIA

2.– Se recomienda prioritariamente estudios sobre epidemiología psiquiátrica en las diversas regiones del país, acerca de poblaciones urbanas, urbanomarginales y rurales, considerando las manifestaciones clínicas y a las respuestas a los tratamientos.

PREVENCION TERCIARIA

3.– Se recomienda investigación en invalidez psicológica, cronicidad y rehabilitación de las enfermedades mentales.

SUBSISTEMA DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

4.– Se recomienda su creación como parte del Sub-sistema Nacional de Investigación en Salud, el cual se reforzaría con la creación de una Comisión Consultiva de Investigación en Salud Mental y de un Programa Nacional de Investigación en Salud Mental cuyo objetivo sea búsqueda de un modelo de Salud Mental Peruano con carácter descentralizado.

PROMOCION DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

5.– Se recomienda promover la investigación interdisciplinaria en salud mental en el país, creando las condiciones mínimas de trabajo para ello y proponiendo los incentivos significativos necesarios de orden económico, intelectual, académico y social.

INFRAESTRUCTURA PARA LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

6.– Se recomienda dar especial consideración a los siguientes aspectos:

* Organizado por la DINS, CONCYTEC e Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".

6.1 Recursos Humanos: Formación de nuevos recursos humanos para la investigación en salud dentro de un marco multi e interdisciplinario.
6.2 Capacitación: En metodología de la investigación científica y tecnológica en salud mental.
6.3 Recursos Financieros: Hacer uso de los ya existentes y propender a la búsqueda de otras fuentes.
6.4 Sistema de Informática y Documentación: Integrado al Sistema Nacional de Información y Documentación en Ciencia y Tecnología.
6.5 Administración en Investigación Psiquiátrica: Dando la capacitación pertinente a recursos humanos calificados.
6.6 Contacto con el poder de decisión: Mediante el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

ESTANDARIZACION Y VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

7.– Para obtener resultados comparables y confiables, a partir de las investigaciones que se realicen en salud mental, es necesario poner énfasis en dichos aspectos.

INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA FOLKLORICA

8.– Se recomienda estudiar la posibilidad de amalgamar científicamente la medicina tradicional con la académica en lo referente a salud mental.

FARMACO–DEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO

9.– Se recomienda el cumplimiento de los programas de investigación correspondientes, en relación a estudios epidemiológicos y modelos de tratamiento y rehabilitación específicos.

PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

Grupo de Estudio:

Presidente:

Dr. Carlos Carbajal Faura
Sub Director General de la Sanidad de las Fuerzas Policiales.

Integrantes:

Dr. Renato Castro de la Mata
Director Asociado del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi".

Dr. Alberto Perales
Jefe del Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental.

Dr. Kenny Tejada
Jefe del Departamento de Epidemiología y Programación del Instituto Nacional de Salud Mental.

Elaborado por encargo de CONCYTEC, DINS.

PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

1.– Introducción

El presente documento ha sido elaborado por una Comisión nombrada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC), con el propósito de implementar su política científica y tecnológica con un programa nacional de investigación en salud mental en el país.

La Comisión en el cumplimiento de su encargo, ha asimilado la política de investigación del CONCYTEC(1) y prestado especial atención a las consideraciones y recomendaciones del Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental en el Perú, organizado por el CONCYTEC, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental, llevado a cabo en diciembre de 1982; así como también, la Comisión ha atendido en forma importante el documento MNA/80.16 que sobre investigación y desarrollo tecnológico en el Programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (2) publicó esta entidad en 1980.

2.– Naturaleza del problema de la Salud Mental

2.1 De la Población Afectada

La enfermedad mental constituye uno de los más graves y complejos problemas de la salud en acelerado crecimiento; es también, probablemente el problema que ocasiona el más extenso y prolongado sufrimiento y daño económico en el individuo, la familia y la comunidad, e indudablemente constituye importante limitación en las expectativas de desarrollo socio-económico de cualquier sociedad. Todo esto se debe no sólo a la elevada incidencia y prevalencia de los desórdenes mentales, sino a la tendencia de muchos de éstos a hacerse crónicos, reincidentes o esporádicos y generar limitación o incapacidad psico-social y para el trabajo (3).

El Informe Final del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1973 (4), expuso que: "Los problemas de Salud Mental que confrontan los países de la Región muestran en general una tendencia al aumento absoluto y relativo, debido entre otros factores, a la elevación de las expectativas de vida, al control cada vez mayor de las

enfermedades transmisibles, a la urbanización creciente, al proceso de desarrollo económico y a los desajustes sociales". El Informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud, sobre Modelos ambientes en la Atención de la Salud Mental, 1980 (5), refiere que: "La recesión económica crea problemas sociales masivos, especialmente dentro de los grupos más vulnerables, tales como los trabajadores no calificados, inmigrantes de zonas rurales y egresados de escuelas primarias y secundarias"... "que varios índices de patología social crecen rápidamente, la incidencia del crimen, la delincuencia juvenil, el alcoholismo y la farmacodependencia, la deserción escolar".

En el Plan Decenal de Salud para las Américas (cp. cit.), se estimó que la prevalencia de psicosis en la Región oscila entre 15 y 50 casos por 1000 habitantes y que el número de casos de neurosis que exige tratamiento, es de 50 a 200 por 1000 habitantes.

Al retardo mental y la epilepsia se le asigna una prevalencia superior al 5o/o y al consumo de sustancias causantes de dependencia 5o/o. Estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre Incapacidad y Rehabilitación (5–7), estiman que de todas las incapacidades severas en el mundo, entre el 20o/o y 40o/o se deben a enfermedades mentales.

En nuestro medio, una investigación de H. Rotondo y colaboradores, titulada: "Estudio de Morbilidad Psiquiátrica en la población urbana de Mendocita" (8), reveló una prevalencia de 3.27o/o de psicosis, 15.41o/o de neurosis y 1.6o/o de epilepsia. J. Mariátegui y colaboradores, en su estudio sobre Prevalencia de desórdenes psiquiátricos en el distrito de Lince (9), encontraron un 18.7o/o de la población afectada; la composición de los desórdenes era: psicosis 1.1o/o, neurosis 5.4o/o, desórdenes convulsivos 1.4o/o, trastornos de la personalidad 3.4o/o, retardo mental 1.4o/o, trastornos psiquiátricos de la infancia 3o/o, alcoholismo 1.7o/o y una miscelánea de síndromes somato-psíquicos de 1.2o/o.

La investigación de C. Carbajal y colaboradores sobre uso de drogas en Lima (1979) (10), reveló que el consumo de drogas entre los encuestados (2167) se inició en algunos casos a los 6 años de edad para el alcohol y tabaco, y a los 11 años para la marihuana y pasta de coca. Las drogas de mayor consumo y los porcentajes de consumidores fueron los siguientes: tabaco 47.94o/o, alcohol 40.19o/o, tranquilizantes 14.62o/o, anfetamina 4.01o/o, marihuana 3.18o/o, hipnóticos 2.58o/o, pasta básica de cocaína 1.34o/o, barbitúricos

0.97o/o, cocaína en polvo 0.74o/o y en menor proporción otras drogas. En relación al problema de la cronificación de pacientes psiquiátricos y su efecto en la limitación de la capacidad operativa de los Servicios Psiquiátricos, las investigaciones de K. Tejada y colaboradores (11–12) han demostrado que en 1972 los pacientes hospitalizados (total 1647) en los servicios psiquiátricos del Ministerio de Salud, tenían un promedio de permanencia de 11.24 años y que los pacientes internados en el Hospital Larco Herrera (75.84o/o del total), tenían un promedio de estancia de 13.58 años. El siguiente para 1981 de los pacientes internados en el Hospital Larco Herrera en 1972, reveló que el 40o/o continuaba hospitalizado, el 24o/o había sido dado de alta, el 21o/o había fallecido y el resto había fugado o sido trasladado.

Para complementar y dar término a este sub capítulo del problema sobre población afectada, presentamos una breve exposición sobre las características de la dinámica poblacional y su tendencia para el año 2000. La fuente de la información corresponde a la publicación: Censos Nacionales VIII de Población, III de Vivienda, Resultados Provisionales del Censo de Poblaciónes. Instituto Nacional de Estadística (13).

La población en el Perú en 1961 fue de 9'906,746 habitantes, en 1972: 13'538,208 y en 1981: 17'031,221. La tasa de crecimiento media anual por cien total, fue de 2.9 para el período 1961–1972 y de 2.6 para 1972–1982. La tendencia a la concentración de la población en áreas urbanas, se revela a través de los siguientes porcentajes: 1961 población urbana 47.4o/o del total: 1981: 65.1o/o del total.

2.2 De los Recursos para la atención de la Salud Mental

La infraestructura física se caracteriza por ser escasa, inadecuada y concentrada casi exclusivamente en Lima (15-16); Sobre los recursos humanos en Plan Nacional de Desarrollo para 1982-1983, Plan Operativo Sectorial (17), manifiesta que "la formación cuantitativa y cualitativa de los diferentes tipos de personal de salud que no se ajusta a las necesidades del país"..

El Plan Nacional de Salud Mental (15), expresa: una escasa formación en número de psiquiatras, estima un total aproximado de 200 para todo el país, con 87o/o de concentración en Lima, casi nula en enfermería psiquiátrica y ausente en asistentes sociales y terapistas ocupacionales especializados en psiquiatría, todo lo anterior

dentro de una "anarquía formativa".

En los aspectos de Organización y Funcionamiento se encuentra muy insuficiente planificación y programación de actividades; no existe sectorización ni coordinación de los servicios psiquiátricos. De otro lado, la creciente complejidad de los mismos no ha sido acompañada de un incremento en su tecnificación. Problemas recurrentes en la organización, funcionamiento y eficiencia, se dan por graves defectos en los sistemas de información, supervisión, evaluación y control (18.19).

Finalmente en los aspectos legales, se encuentra una: "legislación psiquiátrica incompleta e inactual; disposiciones del Còdigo Sanitario, Código Civil y Penal requeridas de actualización conceptual y terminológica" (15).

2.3– De la Investigación y sus facilidades

La compleja intervención de múltiples factores en la etiología, desarrollo y evolución de los desórdenes mentales y el amplio rango de sus manifestaciones se presenta como el gran problema técnico y metodológico al investigador.

Una inadecuada e insuficiente infraestructura de investigación: recursos humanos, conocimientos, tecnología, organización, facilidades, equipos y finanzas, es causa de que la investigación clínica, epidemiológica y en ciencias básicas, se encuentre muy restringida.

Los efectos de todas estas limitaciones se reflejan en parte en la ineficiente operatividad de los servicios de atención, en la escasez de recursos humanos e instrumentales de todo tipo, necesarios para satisfacer las demandas especializadas del país.

3.– Política

La investigación está orientada a la identificación y ponderación de los factores involucrados en la salud y enfermedad mental y sus efectos en el bienestar y desarrollo psicológico, social y económico de la población del país. La investigación habrá de producir, actualizar y adecuar las tecnologías necesarias para su propio desarrollo y la mejor instrumentalización de los servicios de salud mental. La investigación debe darse dentro de un concepto o instrumentalización de sistema multidisciplinario e interdisciplinario que interre-



lacione los elementos y los condicionantes que intervienen; tanto del ámbito de la salud mental como de la salud general, y de aquellas otras áreas relacionadas. El desarrollo de este modelo favorecerá una investigación integrada, cooperativa y coordinada que iría abarcando sucesivamente todas aquellas instancias que conduzcan a una comprensión e intervención más completa en el país; contribuyendo simultánea y activamente a la alimentación y realimentación de los conocimientos y experiencias del conjunto y su correspondiente adecuación.

El objetivo central y último de la investigación en salud mental, debe ser la optimización de los servicios de atención para la población en términos de la mayor eficiencia, eficacia y efectividad y de que su cobertura abarque a toda la población, incluyendo la rural, con énfasis especial en los grupos de alto riesgo.

Es natural que la política de investigación habrá de desarrollarse en plazos de corto, mediano y largo alcance, con el incremento progresivo de la capacidad de investigación en centros especializados, para alcanzar una red de organizaciones colaborativas a nivel del país y de los centros internacionales de investigación en la materia.

Finalmente, la Comisión considera que la implementación de la política del Programa de Investigación debe darse a través de la estructura y las disposiciones correspondientes del CONCYTEC, cuya operatividad podrá viabilizarse a través de un organismo satélite especializado.

3.1.– Lineamientos de la Política de Investigación en Salud Mental

– Promover y asegurar la capacidad de los recursos de investigación en salud mental y como consecuencia asegurar la investigación y desarrollo tecnológico en este campo a nivel del país.

– Favorecer las actividades dirigidas a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud mental, en especial de la madre y el niño.

– Contribuir a la más eficiente utilización de los procedimientos psicoterapéuticos y de los recursos psicofarmacológicos.

– Colaborar a la optimización de los servicios de salud mental.

– Contribuir al desarrollo de la atención primaria de salud.

4.– Programa de Investigación

El Programa que se presenta corresponde a un enunciado de objetivos, actividades priorizadas y proposiciones de implementación, para el corto (1984–1985) y mediano plazo (1986–1990).

4.1.– Objetivos

a) Reforzar la capacidad para la investigación en salud mental, a nivel del país.

b) Conocer con la profundidad y extensión necesaria los problemas y soluciones de la salud mental, en el marco de sus interrelaciones con el desarrollo social y económico de nuestra realidad con una priorización regional de las tareas y materias de la investigación.

c) Correspondiente con lo anterior establecer un Banco de Información en Salud Mental, con el fin de no repetir esfuerzos y enriquecer los estudios siguientes.

d) Incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios de salud especializados y generales y aquellos otros, que teniendo relación con la conducta humana –especialmente educativos– puedan contribuir a la prevención y reducción de los problemas psiquiátricos y psico-sociales, incluyendo aquellos relacionados con el alcohol y drogas, mediante nuevo conocimiento, tecnología y su correspodniente instrumentalización.

5.– Actividades del Programa de Investigación en Salud Mental

5.1.– Campos y Temas

5.1.1.– Recursos de la Investigación y su aplicación

a.– Estudio de los recursos humanos que están participando en la investigación o que habiendo participado puedan hacerlo nuevamente: su número, formación, distribución, motivación, tendencias, problemas encontrados en el trabajo y sus soluciones.

b.– Estudio de las infraestructuras disponibles y necesarias: físicas (ambientes), de equipo, materiales (fuentes bibliográficas), su administración, etc.

c.— Estudio de los métodos e instrumentos utilizados.

d.— Estudio de las fuentes de asesoramiento y nexos colaborativos.

e.— Estudio de las fuentes de financiamiento.

f.— Estudio sistemático y analítico de la investigación producida en los últimos 10 años: su volumen, calidad, materias, tendencias, etc.

g.— Estudios de aplicación y/o aplicabilidad de los conocimientos y tecnologías producidas, en los servicios de atención.

5.1.2.— Prevención y Tratamiento

a.— Desarrollar el conocimiento sobre la incidencia, manifestaciones, curso y evolución de los desórdenes mentales y de aquellos problemas psicosociales con mayor efecto en el bienestar y desarrollo, tales como los relacionados con el abuso en el consumo del alcohol y la farmacodependencia.

b.— Estudiar los factores psico-sociales y otros del ambiente que protegen la salud mental de la población o que contribuyen a su recuperación.

c.— Estudiar aspectos que influencian el desarrollo y madurez psico-social del niño y del adolescente, tales como la estimulación temprana, la relación madre-hijo, la escuela, etc.

d.— Estudiar los efectos que los cambios socio-culturales pueden ejercer en las conductas antisociales.

e.— Estudiar las influencias que los problemas derivados de los desórdenes mentales tienen en el equilibrio familiar, la productividad y la "calidad de la vida".

f.— Estudiar las características psico-sociales de los ambientes institucionales: escuelas, puericultorios, hospitales psiquiátricos, etc.

g.— Estudiar las alteraciones psicológicas asociadas a enfermedad somática identificable y el efecto de las terapias psico-

lógicas y psicofarmacológicas pertinentes.

h.– Estudiar las estrategias para la modificación de la forma de vida, en la intervención para tratar la situación de riesgo, en especial en aquellos problemas relacionados con la violencia y el consumo de alcohol y drogas.

i.– Estudiar la efectividad de los nuevos métodos de tratamiento farmacológicos, psicológicos, sociológicos, etc., en su correlación ecológica y con otras variables.

j.– Investigar conceptos, modelos de servicios, para su reintegración y soporte socio-económico de pacientes psiquiátricos en la comunidad.

k.– Investigar las incapacidades psico-sociales y productivas derivadas de la enfermedad mental.

l.– Estudiar la eficiencia y efectividad de los programas para la prevención de la incapacidad y rehabilitación de los incapacitados.

5.1.3.– Conceptos, Métodos e Instrumentos

a.– Desarrollar métodos e instrumentos estandarizados para la investigación epidemiológica, aplicables en las diferentes regiones del país.

b.– Desarrollar registros de información clínica, administrativa y otra, de tipo estructurado y semiestructurado para procesamiento automático.

c.– Desarrollar indicadores de funcionamiento social, productividad, equilibrio familiar y "calidad de vida".

d.– Desarrollar métodos e instrumentos simplificados para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de alteraciones psicológicas y desórdenes mentales en los servicios de salud general y de atención primaria de la salud.

e.– Desarrollar tecnologías para el tratamiento de los desórdenes mentales y problemas psico-sociales, en especial de la población marginal, niños y adolescentes; incluso recuperando y perfeccionando tecnologías tradicionales.

f.– Desarrollar conceptos, modelos e instrumentos para la reintegración y soporte socio-económico de los pacientes psiquiátricos a la comunidad.

g.– Desarrollar el conocimiento y aplicabilidad de la psiquiatría folklórica.

5.1.4.– **Otros**

a.– Estudiar el conocimiento básico y las opiniones de la población acerca de los Servicios de Salud Mental.

b.– Desarrollar estudios comparativos mediante técnicas de investigación operacional de la organización, funcionamiento, producción, etc., de los servicios de atención en salud mental.

6.– Sugerencias para la implementación inicial del Programa Nacional de Investigación en Salud Mental.

6.1 Establecer un Comité de Coordinación y Planificación para :

a.– Servir de instancia consultiva en la formulación de políticas de investigación en Salud Mental.

b.– Favorecer estratégicamente la sensibilización y condicionamiento de las instituciones o servicios asistenciales, para el desarrollo de la investigación.

c.– Orientar el establecimiento progresivo y armónico de la infraestructura necesaria para la investigación.

d.– Favorecer la formación, educación contínua y la motivación del recurso humano.

e.– Facilitar el conocimiento oportuno y suficiente de los obstáculos que se presenten en el desarrollo de la investigación.

f.– Apoyar el establecimiento y mantenimiento de redes colaborativas de investigación.

g.– Asesorar en la formulación y el desarrollo de proyectos de investigación.

h.– Colaborar en la evaluación permanente de los recursos humanos, físicos y la producción.

i.– Favorecer la difusión de los resultados de las investigaciones.

j.– Orientar la ejecución priorizada de la investigación para lograr el cumplimiento de las políticas.

k.– Contribuir a la articulación entre la ciencia y tecnología y el desarrollo.

l.– Facilitar la aplicación del conocimiento adquirido en la solución de los problemas nacionales, retroalimentando continuamente la integración entre investigación básica y aplicada.

6.2.– La Comisión considera como paso previo e indispensable para lograr la ejecución cabal de los puntos anteriores, así como para iniciar las actividades del programa propuesto, efectuar el diagnóstico situacional del Sistema de Investigación en Salud Mental con que actualmente dispone el país; para ello la Comisión propone la formulación y desarrollo de un proyecto específico.

BIBLIOGRAFIA

1.- Política del CONCYTEC.
2. WHO: Research and Technology Development in the WHO Mental Health Programme. DOC' MNH/80.16. Génova 1980.
3. Instituto Nacional de Salud Mental: Exposición de Motivos. Ministerio de Salud. Lima 1982.
4. Organización Panamericana de Salud: Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. OPS/ WHO, Washington 1973.
5. WHO, Regional Office for Europe: Changing Patterns in Mental Health Care. Copenhague, 1980.
6. WHO, Report on Specific Matters: Disability, Prevention and Rehabilitation. Document A29/INF. Doc. 1, Geneva, 1976 (a).
7. Jablensky, A. et. al.: WHO Collaborative Study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, Sup. 285, Vol. 62, 1980.
8. Rotondo, H. y cols.: Estudio de Morbilidad Psiquiátrica en la población urbana de Mendocita en Estudios de Psiquiatría Social en el Perú, Baltazar Caravedo (editores) IMP. El Sol, Lima 1963.
9. Mariátegui, J. y cols.: "Epidemiología Psiquiátrica de un Distrito Urbano de Lima". Ediciones de la Revista de Neuropsiquiatría, Lima, 1969.
10.- Carbajal C. y cols.: "Estudio Epidemiológico sobre el uso de drogas en Lima" (1979). Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, Vol. 41 1980. Pág. 1-38. Lima.

11. Tejada, K. y cols.: Hospitalización Psiquiátrica en el Perú. Revista de Neuropsiquiatría, V91, XXXVI, No. 4. Dic. 1973. Lima.
12. Tejada, K. y cols.: Hospitalización Psiquiátrica en el Perú, Seguimiento 1972-1981. Publicación del Centro Piloto de Rehabilitación en Salud Mental, Lima, 1982.
13. Censos Nacionales. VIII de Población, y III de Vivienda. Resultados Provisionales del Censo de Poblaciones. Instituto Nacional de Estadística, 1981.
14. Cole J.P. and Mather P.M.: Perú 1940–2000, Performance and Prospects, Vols. 1 y 2. Department of Geography. The University of Nottingham. England 1978
15. Ministerio de Salud: Plan Nacional de Salud Mental. Anteproyecto Ministerio de Salud. Lima, 1975.
16. Huerta Mercado, Víctor: "Integración de Servicios y Utilización de Recursos para las Acciones de Salud Mental", 1981
17. Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planificación: Plan Nacional de Desarrollo 1981–1982.
18. OMS/OPS: Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental, Publicación Científica No. 210. Washington 1970.
19. WHO. Regional Office for Europe: Cost/Benefit Analysis in Mental Health Services. Copenhague, 1976.

ANEXO 4:

OPINIONES DE LOS PARTICIPANTES

Participante.– Se debe extender este modelo o estrategia de la atención primaria a la solución de los problemas sanitarios de todas las poblaciones. Particularmente, como ha remarcado el Dr. Barrientos, con el propósito específico de ayudar en la salud y especialmente en el desarrollo humano de las poblaciones más desfavorecidas. Esto, también se ha intentado llevar al plano de la Psiquiatría y de la Salud Mental. El problema que se nos ha presentado es que las cosas en la teoría aparecen subyacentes, interesantes y con un contenido ético y moral que es indiscutible. El problema que se suscita es que en la práctica esto resulta bastante difícil de poner en un sentido tal que sea aceptado por la comunidad. En segundo lugar, que concurra a una posibilidad económica de los países o de las comunidades a soportarlos; y en tercer lugar, a evaluar, que quizá sea lo más importante, los resultados del planteamiento. Es decir, el problema que yo quisiera señalar en este aspecto es la dificultad de traducir lo que se está diciendo aquí a la operativización concreta en la práctica. Quisiera señalár al mismo tiempo que este problema no es un problema de nuestro país. La literatura científica al respecto está reportando esto en muchos países y no solamente países sub-desarrollados.

La otra dificultad que hay es que me da la impresión que la atención primaria sería hasta cierto punto una atención precoz, una atención dirigida a la comunidad con el propósito de detectar casos antes que estos tengan una severidad tal que necesiten tener una asistencia hospitalaria, que sería una asistencia mucho más compleja y mucho más costosa. La hipótesis de esto sería que la atención que se va a realizar en la comunidad es de casos que se inician, que es la misma que van a recibir en los hospitales. Sin embargo, esto es solamente una hipótesis particularmente en el caso de la Psiquiatría y de la Salud Mental. No estamos seguros que la patología menor a la que se ha referido el Dr. Barrientos sea exactamente la misma patología que con el tiempo se va a desarrollar a patología mayor. Hay muchos autores que están pensando que es otro tipo de patología y con frecuencia no llegan a los hospitales y que tampoco están, muchas de ellas, en la clasificación síntoma–eomocional de enfermedades psiquiátricas que nosotros poseemos.

Por consiguiente, si esto fuera así, la hipótesis de la que estamos tratando precozmente estaría inválida. Requiere naturalmente, una investigación para precisar qué tipo de patología es, que posiblemente sea manejada más bien a nivel comunitario, en cuyo caso es necesario proponer estudios que permitan identificar la manera cómo la propia población maneja este tipo de patología. En países don-

de se ha logrado, mediante mecanismos políticos, cambiar la macroestructura de salud y se ha logrado una atención real en toda la población, la estrategia también ha sido de atención primaria. En muchos países la frecuencia de las enfermedades psiquiátricas mayores, las grandes enfermedades mentales, no ha variado en absoluto.

Yo quisiera agregar a esto un último punto que es respetable de esta hipótesis de atención primaria en Salud Mental. Si bien es cierto que las grandes enfermedades mentales tienen un basamento más bien genético y biológico en el cual lo psicológico y lo social son más bien contribuyentes a darle forma, hay un gran grupo de desórdenes menores que el doctor Barrientos ha señalado muy atinadamente en una lista, la que se señala no es completa, pero a la cual yo quisiera agregarle algo: La Salud Mental, a diferencia de la Psiquiatría, no tiene como objetivo específico el tratamiento de enfermedades. La Salud Mental se preocupa mucho también de aquella parte del ser humano que está verdaderamente enfermo y está sufriendo. En cambio, la atención primaria de salud podría tener un efecto enorme en cuanto a la disminución del sufrimiento humano; y por lo tanto, colaborar en quitar las interferencias del desarrollo humano que es el potencial de toda nación para el desarrollo socio-económico.

Participante.– Creo que el Dr. Ortega sigue contribuyendo en la temática en forma muy interesante. Solamente, voy a tomar algunas partes de intervenciones muy interesantes.

Por ejemplo, no me voy a referir a los aspectos conceptuales que se han tratado bastante. El Dr. Barrientos señala algo muy importante entre los lineamientos de políticas que se relacionan con salud, incluso de las formulaciones políticas representadas de arriba hacia abajo. Luego, menciona la importancia de revalorizar la cultura en las cuestiones de salud, incluyendo su propio concepto; menciona también el asunto de las tecnologías apropiadas.

Se refuerza el mensaje y la participación de la población. Se menciona un asunto que siempre me ha impresionado en este documento, diciendo que la responsabilidad no es solamente por acción sino también por inaacción. Menciona, naturalmente, la meta para el año 2000. Se refiere a cómo es el tema en relación a la atención primaria, cómo una estrategia. Eso es importante porque a veces el concepto de estrategia se confunde. El concepto deviene de acciones y para darle un poco de claridad, uno puede decir que estrategia implica

conocer tanto las posibilidades de uno, de su propio ejército, de su recurso, como del enemigo y la estrategia incorpora elementos como: qué ruta tomar, en qué momento iniciar el ataque, cuántas personas tiene que dejar como refuerzo para cubrir necesidades que aparezcan de súbito, etc.

Son toda una serie de decisiones asociadas, como acá está plasmado en este caso de la Salud Mental y el desarrollo humano.
Luego, asocia bien el fenómeno de la Salud Mental al problema de la adaptación. También hay documentos muy interesantes. Por ejemplo el que se refiere al 7mo. Programa de Trabajo de la OMS. Este es un programa a mediano plazo para el año 1984–1989. Aparte de la introducción, la temática que más adelante se desarrolla y corresponde a la protección, etc. de la Salud Mental. Por ejemplo, entre otras cosas, precisa que la Salud Mental debe contribuir a preparar estas rutas de intervención sobre la base de una mejor comprensión de los aspectos de la Salud Mental relativos a la acción social y al cambio. Quiere decir que la Salud Mental, en la medida que vaya a contribuir a la estrategia de la atención primaria, tiene un ámbito, y ese ámbito de acción fundamental se refiere a aquellos aspectos de la Salud Mental relativos a la salud social y al cambio. Otro aspecto importante que se menciona es el relacionado con los aspectos psicosociales de la atención general de salud, o sea la Salud Mental, y buscar sus aspectos psicosociales que se dan dentro de la salud general; tratar naturalmente las concepciones de carácter preventivo; contribuir al entendimiento y a la gestión de las estrategias; insistir a las personas, a las familias y a las comunidades para adoptar sus funciones de cambio socio-económico.

Entonces, hay otro ingrediente. Según estudios que se han producido en los últimos años, hacen ver que se da con gran frecuencia y se llega al 20o/o de problemas de Salud Mental asociados que están dentro de los cuadros de la salud general; o mejor dicho, las personas que demandan atención por razones de salud general, tienen no menos de 20o/o un componente psicológico aceptado que merece una atención especial. Esto hace ver que hay un espacio que debe irse logrando con la finalidad de contribuir a la salud como un todo. El problema está en que mucha gente que tiene problemas de Salud Mental y no tiene la posibilidad o suficiente percepción de los mismos para buscar atención psíquica, desarrolla otra sintomatología y es que toma otros cuadros, síndromes orgánicos de la medicina general, de otras especialidades. Realmente, lo que representa en este caso

es la expresión hacia afuera que fundamentalmente es psicológica o psiquiátrica. Eso creo que da una posibilidad.

Para la salud general hay una concientización que puede dar la Salud Mental. Por ejemplo, como decíamos, hay gente que no asiste a la campaña de vacunación cualquiera sea el procedimiento, por eso necesita un estudio y eso en alguna medida es una posibilidad para la gente que trabaja en Salud Mental.

Puede contribuir en la forma de cómo relacionarse mejor con la comunidad para que en otro tipo de proyectos incluyan la salud, acciones intersectoriales para el desarrollo, etc. Hay todo un capítulo de posibilidades que pueden darse en Salud Mental a través de la estrategia de la atención primaria.

Hay un campo que estuvimos tratando ayer y que creo que se debe tratar en los días siguientes y se refiere al siguiente punto: Fundamentalmente, nosotros nos preocupamos por la salud de los otros, pero no lo hacemos por nuestra salud. En el caso de la Salud Mental, a veces se da con mayor resonancia y efecto en cuanto al grupo que trabaja o que se pone a hacer las cuestiones de salud. Entonces, ese también es un capítulo que habría que considerarlo en alguna medida si es posible.

Participante.– En la estrategia de la atención primaria de salud referente a la Salud Mental, creo que es necesario tomar en cuenta los recursos que se posee a nivel del ámbito de acción de la región de Puno. Me refiero a las áreas de salud del departamento de Puno. Pienso que contamos con el recurso humano del sector de salud y de los sectores de servicios sociales. Asimismo, también es necesario tomar en cuenta como recurso la participación de la población organizada a nivel de las microregiones, así como de las urbano-marginales. Creo que a nivel sector salud incluso se tienen recursos humanos que han sido preparados por el sector de salud. Me refiero a los promotores sociales. En el caso de agricultura, tenemos los promotores sociales que tienen relación con este proyecto de Salud Mental.

Participante.– Solamente quisiera hacer un aporte en el sentido histórico que tiene esta definición del concepto de atención primaria, específicamente en lo que se refiere a atención primaria de salud. El hecho que muchas veces lo repetimos y lo conocemos aquí en Puno bastante bien, es la experiencia que Manuel Núñez Butrón había realizado hace más de 50 años en Puno. Esta es una de las fuentes de donde ha salido la primera experiencia aquí en esta área de América

Latina; por lo menos eso es lo que se conoce. La otra fuente que también ha convergido para poder llegar a esta conceptualización de la atención primaria de salud viene de la experiencia universal a través de muchos años y que se ha plasmado en Alma–Ata en 1978, fecha en que se dio nacimiento al término y también se definió a la atención primaria de salud como una estrategia, como bien lo ha dicho el Dr. Barrientos, y no a un Programa como a veces se le suele interpretar.

Refiriéndose a nuestra experiencia primaria, el aporte de Núñez Butrón no está siendo valorado en su verdadera dimensión. Creo que es una tarea a la que quizá todos los puneños o todos los peruanos tengamos que abocarnos, para rescatar esta doctrina que tuvo su nombre y sus características muy importantes que, dada la distancia, el tiempo y la situación que se vivía en aquel entonces, podría tener alguna diferencia con la situación actual que se vive, con la problemática de salud específicamente y en cierta manera con el proceso de desarrollo social e histórico en esta latitud del altiplano. Voy a señalar brevemente cuál fue la característica de Manuel Núñez Butrón.

El había llegado a conciliar la salud con el fenómeno social general. Se valió de dos símbolos muy importantes. Creo que esta simbolización de su doctrina no se ha percibido bien en los autores que han difundido ésta en forma un poco mecanicista y un poco descriptiva solamente, no dándole su verdadera trascendencia e interpretación global. El hablaba del papel como símbolo de liberación del campesino, que en ese entonces estaba siendo explotado inicuamente. Este ocupaba un lugar casi asocial; no se le incorporaba dentro del proceso histórico de nuestro país o de nuestra región. El habló de la liberación del campesino, de esa su situación que conllevaba necesariamente a la otra situación de salud. Todos sabemos que era humano.

Las enfermedades diezmaban a las poblaciones y en ese entonces, y quizá hasta ahora, el campesino vivía con sus enfermedades, convivía hasta con la muerte, era parte de su manera de vivir. Dejar morir a los niños, dejar morir a los adultos era algo natural, algo que estaba incorporado dentro de su forma social y quizá en su forma bio-psicosocial como normal. Eso no tenía nada de extraño para el campesino de entonces. El otro símbolo que está estrechamente ligado a la simbolización de la problemática en general fue el jabón y

el agua. Para él, esto significaba la salud del medio ambiente, el saneamiento del medio ambiente y la salud del individuo.

Creo que estos dos símbolos nos dan la pauta de la precocidad con que había concebido Núñez Butrón el problema que hoy se maneja como atención primaria. Lo demás ya lo conocemos. La OMS ha preconizado esto que se llama participación de la comunidad, porque ya conocemos a saciedad que la salud no es más que el resultado de condiciones socio-económicas y culturales. Esto ya había percibido Núñez Butrón, pero la diferencia podemos establecerla en el tiempo y el espacio. En cuanto al tiempo, en aquel entonces si bien la comunidad sabía recepcionar mejor los beneficios del sistema, un poco precario, el gobierno trataba de abordar los problemas sanitarios a los que posteriormente la ciencia aporta con recursos altamente sofisticados, como para poder afrontar esta situación de salud desde el punto de vista de la enfermedad. Núñez Butrón había conciliado estas dos posiciones. Entonces, hoy nos encontramos en la tarea de rescatar, como hemos dicho al comienzo, esta posición y conciliarla con lo que actualmente se maneja.

Nosotros estamos manejando algunos conceptos con respecto a lo que se habla de cambio. Si nosotros estamos hablando de acciones de salud para el cambio, necesariamente para el desarrollo, debemos llegar a algunas conclusiones como establecer algunas premisas: ¿Qué se debe hacer en cuanto a atención primaria? La primera característica que debe tener la atención primaria, al margen de la definición conceptual hablando de la praxis misma, es el trabajo a nivel de masas. Todas las acciones de salud deben ser masivas. Deben tener una celeridad; no deben ser tan espontáneas, sino dinámicas.

Se acostumbraba incluso decir que las acciones nuestras deben ser agresivas. Creo que deben ser fundamentalmente aceleradas porque estamos sumamente atrasados en el tratamiento y manejo de la problemática. También hemos llegado a algunos otros conceptos en cuanto a poder resolver los problemas que tienen carácter social y dentro de ésto, evidentemente, en la actualidad los lineamientos de la nueva política de salud encajan perfectamente dentro del proceso histórico que vive nuestro país. Esto es lo que en síntesis y en forma un poco desordenada solo puntualizando he querido en esta ocasión aportar a este seminario.

Participante.– Tuvimos la oportunidad de estar con el Ministro

en un taller de trabajo el año pasado, interesante. Era sobre cómo implementar las estrategias y como parte de ésta preparación de trabajo hubo algunas reuniones.

Le preguntamos un poco sobre qué había llevado a este concepto de la atención primaria a nivel de una organización como la OMS, y que este concepto no muriera sino que fuese creciendo y que fuese comprometiendo a una serie de entidades en el mundo. Dentro de lo que fuimos tratando, el aspecto conceptual se refirió a lo siguiente: La formulación inicial que se registra en 1978 en algunos casos, origina una confusión y un defecto que después se trata de corregir y se refiere a atención primaria.

El término de atención primaria, como se trata de corregir, tiene la tendencia a ser interpretado como una atención simplificada o una primera línea de atención, y ese no es el concepto. La interpretación de este concepto dio origen a que muchos países en el mundo tomaran este concepto con la finalidad de dar una determinada satisfacción política a la comunidad. Se dijo que se iría implementando sistemas muy simplificados para dar una cobertura a toda la población. Se estaba realmente cumpliendo con el concepto fundamental de la atención primaria y esto hizo que se intensificaran las sugerencias en términos de las calidades de servicios de salud que se ofrecían a las comunidades. Quería decir que para unos tipos de comunidad habían siempre los hospitales, y para otras, postas o centros de salud o sistemas aún más simples.

El concepto ha ido variando un poco, y lo que por lo menos nos expresó en aquella oportunidad el Ministro fue que la atención primaria se refiere a aquella atención que debe darse en la oportunidad indispensable, quiere decir que tiene que estar siempre lista a darse en el lugar donde se le requiera y con la complejidad que el caso exige. Como consecuencia, incluso los hospitales y los institutos tienen que cumplir con este concepto de la atención primaria. Ese es un asunto que era importante esclarecerlo con la finalidad de seguir adelante en el tema.

Participante.– Felicito al Dr. Barrientos por su exposición y quisiera subrayar algunos puntos que él ha mencionado.

El Dr. Barrientos ha tocado básicamente dentro del concepto de atención primaria en salud, como una estrategia, el primer lineamiento de política del sector salud. Es la participación del pueblo

organizado. Este es como el primer mandamiento de la Ley de Dios: Amar a Dios sobre todas las cosas. Es el primer lineamiento, el más importante y el que resume todo. Esto nos ubica en que el actor principal debe ser el pueblo. Aquí hay un asunto que a veces, en el ejercicio de acercarnos y traducir esto en la práctica, queremos nosotros organizar al pueblo y el pueblo ya está organizado. Creo que ustedes que trabajan con poblaciones conocen mejor ésto.

El asunto está en cómo nosotros podemos fortalecer esa organización del pueblo, porque él es el actor y el creador. Definitivamente, como lo ha dicho el Dr. Barrientos, además es el fiscalizador de los servicios de salud.

Creo que la atención primaria aparece como ese modo de plasmar las acciones, cómo nosotros podemos traducir ese tipo de estrategia. Atención primaria nos da la metodología. El reto no sólo está en cómo podemos corregir algún tipo de dificultades que se han venido presentando para poder llegar a traducir esto en un apoyo a la población organizada. Creo que Puno tiene una riqueza tremenda. Creo que es el departamento donde surge la filosofía de la atención primaria.

La Escuela Richtari a través del Dr. Núñez Butrón plasmó con mucha más anticipación el concepto de atención primaria que se da en los países, incluyendo el Perú.

Participante.– Es un poco por qué no podemos traducir ésto, por qué todo este tipo de recursos, este tipo de voluntad política, este conjunto de instituciones, llegado en un momento determinado no se pueden traducir en una vivencia real. ¿Es que de repente nosotros como instituciones somos obstáculos para llegar realmente al pueblo organizado ya reforzado? ¿Quizá, como instituciones no estamos haciendo uso de la estrategia adecuada para llegar a cumplir con esos objetivos? Creo que es integral detenernos a hacer una discusión sobre lo que es salud.

Es efectivamente, un fenómeno social. Creo que esto lo conocemos todos. Para mí, la parte esencial es el reto como personas o como representantes de instituciones y en un momento determinado hacernos un cuestionamiento.

Quizás, nosotros como funcionarios somos el principal obstácu-

lo para poder traducir esto en una realidad, si tenemos voluntad política, voluntad expresa, hay recursos. Quisiera que nosotros como instituciones o como representantes de instituciones pensemos dónde está el problema.

Podría ser una línea muy importante de investigación estudiar la salud mental de las instituciones, estudiar la salud mental de los funcionarios como actores principales. No creo que debamos dedicar más tiempo a discutir conceptualmente lo que es atención primaria porque ustedes lo sienten en carne. Además, Puno tiene tradición en esto, pero Puno también tiene una singularidad: tiene una cantidad enorme de instituciones y que deben tener una estrategia para dar respuestas probablemente. Yo no sé si es que realmente esto se traduce en un objetivo, pero la experiencia que tengo en otros lugares se queda muchas veces a nivel de la organización burocrática, de funcionarios, a nivel de instituciones.

El Dr. Kenny Tejada dijo que si nosotros como personas no podemos dar salud mental, pensemos en la salud de los otros y no en la nuestra. ¿Hasta qué punto nosotros estamos como personas capaces de traducir todo esto que se nos presenta para llegar a este objetivo y poder realmente utilizar esta estrategia y llegar a la población tal como está?

Participante.– Conforme hemos ido escuchando las intervenciones que han sido congruentes con la exposición del Dr. Barrientos, hemos podido recordar lo siguiente:
Estrategia se da entre ciertos lineamientos de política.
Un aspecto fundamental y central es la participación del pueblo. Tenemos que ver la Salud Mental como ya la hemos conceptualizado el día de hoy y qué hacer para favorecer esta participación del pueblo. La Salud Mental nos ayuda a contribuir a que la participación se dé más auténtica y satisfactoriamente, y que quienes guían la Salud Mental puedan contribuir a que las decisiones relacionadas con la salud de la población se den con un carácter democrático; es decir, de abajo hacia arriba y con la concurrencia de la comunidad; y que quienes guían la Salud Mental puedan contribuir a la revalorización de la cultura en la salud, tanto en su concepto como en orientación. Además, pueden contribuir a perfeccionar las tecnologías para que éstas se hagan apropiadas a los estilos de vida.

En qué medida –y ésto toca lo que dice el Dr. Montoya– la Salud Mental puede contribuir a que las acciones que devienen de los

recursos de salud sean apropiadas, que no se dé el caso de las inacciones, que no se den los cortos circuitos, que no se generen los conflictos y las desadaptaciones dentro de recursos de salud.

Otro asunto que está dentro del contexto de salud y se refiere en gran medida a la adaptación que se va produciendo en la comunidad frente al stress de un momento actual, es cómo se está dando, en términos saludables o en términos enfermos.

Por ejemplo, lo que vemos aca la violencia y otros son componentes antisociales de todo orden, las conductas aditivas asociadas al alcoholismo, a la fármacodependencia, etc. Creo que forzándonos un poco en esta perspectiva u otra, podemos organizar mejor nuestras contribuciones en el tiempo que nos resta.

Participante.– La atención primaria se presenta en el campesinado puñeno y en nuestra atención primaria que no se encuentra en el campo, no se atiende totalmente a los enfermos.

También bastantes enfermedades se presentan en el campo porque en el pueblo hay médicos, enfermeras y recursos sanitarios, a lo que en el campo hay técnicos sanitarios. En los lugares lejanos hay promotores de salud que están capacitados por el Ministerio de Salud. Esos que trabajan en el campo y están luchando con bastantes enfermedades y en el campo no se puede curar con medicinas. No tenemos los promotores suficientes para muchas enfermedades que atacan a los campesinos. Este año, debido a las inundaciones, se presentan muchas enfermedades en el campo. Y como promotor de salud, digo que no tenemos suficientes medicinas para atender a esos enfermos. Me parece que el Ministerio de Salud debería hacer una investigación en el campo, pero en los centros de salud vienen unos a atenderse pero les falta atención en el campo. Quisiéramos que nos ayuden con la atención primaria del campesinado.

Participante.– Se ha hecho alusión al aspecto personal de los que estamos involucrados en la atención de salud como trabajadores. Pienso que en ese aspecto se acostumbra siempre hablar del pueblo en tercera persona, en segunda persona. En un seminario que se realizó hace algunos días aquí, una sola persona que fue un sacerdote habló como componente del pueblo, y esto creo nos da la pauta de que la actitud personal debe ser de total identificación, porque hablamos del pueblo, como si fuéramos no pueblo. Si precisamente somos parte del pueblo, en estas reuniones, en la convivencia diaria y

siempre, estaríamos hablando de nosotros y el pueblo. Hablamos si es que el pueblo está organizado o no lo está, si percibe o no percibe, si acepta o no. ¡Si nosotros somos el pueblo! Entonces, creo que debemos llegar a este nivel de identificación y tratar los problemas como pueblo. Por otra parte, también hablamos dentro de los términos sistémicos: la doctrina sistémica es simplemente un sistema.

El pueblo obedece a un sistema. Las organizaciones del Estado, como en el caso de Salud, también son otro sistema. Aquí, personalmente he observado la intención de injertar elementos de un sistema en otro, como es la representación de algunos elementos dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud o del Sistema de Salud lo cual pienso que es un error. Creo que tenemos que establecer y respetar el sistema dentro del cual nos movemos como pueblo y el otro sistema que es un instrumento para poder satisfacer las necesidades del pueblo. De manera que, si hay una integración y una coordinación, debe ser a nivel de esos dos sistemas por medio de elementos de enlace y teniendo en cuenta que cada uno de ellos tiene mecanismos con los cuales se mueve; y el secreto sería el de establecer la relación de ambos sistemas a través de elementos de enlace.

Participante.— Permítame llamar la atención sobre atención primaria en relación a dos casos que no parece requieren una consideración en este problema. Durante décadas he sido director gerente de empresas industriales y para sacarlas adelante contrataba personal ajeno no por amistad, sino solicitaba a mi servicio de empleo que me buscara personal y de acuerdo con los requerimientos que tenía. Desde 1950 hasta nuestros días, la capacidad intelectual de los profesionales ha ido deteriorándose conforme han pasado los años. Si estamos pensando en desarrollo humano, tenemos que ver qué clase de población intelectual estamos formando en el Perú y creo que éste debe ser un problema de la atención primaria de salud. Creo que en este momento debería hacerse un estudio muy profundo sobre el nivel. Para enviar a profesionales a capacitarse al extranjero, solicité que tuviesen 125 puntos de inteligencia y no pude conseguir ninguno que pasase 115 puntos, graduado en una universidad de las más notables del país. Estamos retrocediendo, porque con 115 no se es un profesional de esa categoría distinguida como estaba solicitando. Otro problema básico que veo es ¿Por qué para el matrimonio no se vé si existen condiciones físicas y mentales del individuo? Al Puericultorio Pérez Araníbar todos los años llegan hijos de locos en condiciones de debilidad mental y cada vez se va deteriorando más la salud porque no hay un dispositivo legal que cuide y evite estos pro-

blemas. Nosotros estamos formando una población en deficientes condiciones. Si hacemos un estudio de nuestra población peruana, vamos a encontrar que el porcentaje de débiles mentales es sumamente alto en comparación con cualquier otra población del mundo. ¿Puede el país desarrollar en condiciones de gran complejidad cuando se presentan estas situaciones?

Participante.— El problema que plantea el Dr. Antúnez, indudablemente aparte de ser muy importante y trágico, es muy complejo y no creo que tengamos en este momento datos suficientes como para poder asegurar con tanto énfasis que la población peruana está disminuyendo en su nivel de inteligencia. Sin embargo, hay algunos datos que parecerían indicar en este sentido: La relación que se ha establecido entre la nutrición y desarrollo de la inteligencia es uno de los datos más productivos en este lugar. Se sabe que en la primera infancia, si el niño es alimentado con leche materna tiene un período de gracia en el cual el sistema nervioso que no está totalmente desarrollado espera seguir nutriéndose adecuadamente. Pero, cuando es una población socio-económica desfavorecida, una vez que se cumple el ciclo de la leche materna, el niño tiene que ser alimentado y recibir un nutriente proteínico que no está a su alcance.

Esto, indudablemente, impide propiciar de manera biológica el desarrollo de la inteligencia. En Lima, se han hecho algunos estudios del cociente intelectual en poblaciones marginales y se ha demostrado que las poblaciones estudiadas han desarrollado un nivel de inteligencia menor, comparado con lo que se estima de manera general y promedio. Sin embargo, estos son estudios localizados.

No se puede generalizar a toda la población.
Como contraparte, por ejemplo, en Inglaterra que es un país desarrollado, las antiguas escalas de inteligencia están resultando ya insuficientes porque la población con una nutrición muy adecuada tiene un nivel de inteligencia mucho más alto; entonces, los psiquiatras ingleses y psicólogos están muy interesados en revaluar esto, aumentando el grado de complejidad de estas pruebas, o sea habrían los dos componentes que estarían indicando este factor. En este sentido, la relación nutricion–salud mental es sumamente importante que ingrese como un punto específico de la estrategia de la atención primaria.

En referencia a que los hijos de locos y locas van a resultar igualmente enfermos mentales, hay una serie de estudios al respecto que

son contradictorios. Podría ser que haya un buen grupo que genéticamente va a seguir en la misma línea, pero lo que es muy difícil precisar en este momento es que los hijos de estas pacientes suelen criarse de manera similar, o sea, es muy difícil diferenciar qué depende de lo genético y qué depende de la atención científica que de por sí puede ser anormal. Hay estudios que demuestran que hijos de pacientes enfermos mentales criados en otros ambientes normales, desarrollan normalmente. Este aspecto todavía está en pleno estudio.

Lo último que quisiera agregar son algunos elementos derivados de experimentos en animales que se han repetido con seres humanos en circunstancias fortuitas. Por ejemplo, en un hospital fue llamado a intervenir un psiquiatra porque en una sala pediátrica se había observado que niños que habían sido separados, porque sus padres vivían muy distantes y habían sido depositados en el hospital por razones de enfermedades psíquicas, en un momento determinado, los niños empezaron a mostrar un cuadro sumamente característico. Al comienzo un llanto exagerado, una rebelión contra toda persona que se acercaba, una inquietud; y posteriormente, al cabo de un mes aproximadamente, estos niños adoptaban una posición decúbito ventral sobre la camita tratando de taparse la cabeza con las manos y no respondían a los estímulos y se negaban a comer. Al tercer mes, este cuadro solía agravarse de tal manera que muchos de estos niños morían. Los médicos no podían dar una explicación física de ésto.

El psiquiatra que concurrió al estudio de estos cuadros reconoció y dió nombre a un cuadro que se llama depresión anaclítica. Lo fundamental es que estos niños de muy poca edad y con el antecedente que habían tenido una buena relación con su madre, al encontrarse en esta situación hacían una depresión y como síntoma de ésta les desaparecía el apetito. Si antes de llegar a una situación extrema, la madre retornaba, el cuadro desaparecía. Si encontraban dentro del ambiente hospitalario una persona de sexo femenino que se dedicara exclusivamente a ellos y al establecer una buena relación, el cuadro desaparecía.

Esto quiere decir que hay casos en los cuales el aspecto biológico podría haber estado más o menos controlado hasta un cierto límite. Se ha señalado que la nutrición no sólo debe entenderse como nutrición biológica sino como nutrición afectiva, que es fundamental para que el individuo tenga el alerta y la intención de captar los estímulos de la realidad. Estudios de seguimiento de estos niños demostraron claramente que su desarrollo humano, a pesar que el cuadro

había sido seleccionado desde el punto de vista nutriente, demostraban que los logros en su desarrollo eran menores que otros niños que no habían pasado por esto. Si nosotros comparamos estos datos, pero a título hipotético, de una mujer que tenga una sobrecarga familiar, que tenga dificultades nutrientes, que tenga problemas económicos, que tenga que trabajar fuera de casa y dejar a los niños solos; estos niños están en desnutrición biológica y desnutrición afectiva y después posiblemente van a traer como consecuencia una población con mayores dificultades de Salud Mental.

Participante.– Quisiera de una manera bastante puntual referirme a algunos aspectos sólo para complementar. Primero, referente a los planteamientos de atención primaria.

Básicamente, hay una idea que ha sido central en la Medicina, con la cual se han formado muchas generaciones de médicos, que es la noción de atención mínima básica. Recuerdo que Pancho Mariño y Manuel Alencastre subrayaban mucho este asunto cuando discutíamos sobre atención primaria en salud. Además de esto, en el Perú la experiencia de Núñez Butrón ya se ha dicho. Quiero precisar lo siguiente:

La experiencia de médicos aproximadamente el año 1974, con Muller en el Centro que de una u otra forma continua.
La experiencia en la región de salud Oriente localizada alrededor de 1972. Las experiencias de medicina simplificada, así llamada, que es un poco diferente a atención primaria a nivel de instrumento en el trabajo odontológico en Comas alrededor de 1975.
La experiencia de Medicina simplificada en Arequipa con Federico Ugarte, Javier Llosa y otros alrededor de 1976.
Los planteamientos que se hicieron en la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud que si uno los contrasta con los aportados por el D.L. 351, aprecia motivos que son en esencia los mismos
Los planteamientos que se estuvieron haciendo en 1971 por el Sistema Nacional de Planificación, no solamente por el Ministerio de Salud.

Además de ésto, es muy importante señalar la experiencia de Juárez en Villa El Salvador. Con todos estos elementos prácticamente se cubren experiencias de costa, sierra y selva y planteamientos que cubren varias décadas. Esto se refiere propiamente al campo sanitario por así llamarlo. Pero desde los años 40, 50, por ejemplo, lo que fue toda una política de educación a través de los núcleos escolares campesinos, que los adultos pueden recordar mejor que las nuevas gene-

raciones, pienso entrañaba una noción de atención primaria. No se le llamaba así pero era eso, y en segundo lugar los planteamientos que se hicieron y las experiencias que se realizaron sobre el desarrollo de la comunidad de distintas instituciones, pero incorporando de una u otra forma, con limitaciones, con oposiciones, la participación de la comunidad. De tal forma que hay un largo camino de todos estos planteamientos de atención primaria. A nivel internacional, si uno revisa las publicaciones de SIGERIS, historia y sociología de la medicina, está designando muy claro esto, con otro nombre. No la llama atención primaria, pero lo importante es ver el contenido y no el membrete. Además, lo fundamental a nivel internacional, experiencia que introduce el desarrollo de la salud y lo transforma en básica satisfacción de necesidad del ser humano en los países socialistas, capitalistas desarrollados, en experiencias en América Latina, Cuba, Costa Rica, etc.

Luego la OMS, mucho antes que Alma Ata, y UNICEF recogen una sistematización de experiencias internacionales donde estaban Tailandia, Guatemala, Cuba, Tanzania, China Popular, etc. sobre atención primaria en salud. El libro de Kenneth Newall "La Salud por el pueblo" recoge parte de estas otras sistematizaciones. En segundo lugar, ¿Por qué se ha estado confundiendo, sobre todo entre los funcionarios de distintos niveles, tal vez menos en Puno por la tradición que hay acá al respecto, la noción de atención primaria con una estrategia que corresponde ser realizada en todos los niveles y escalones de atención, con una atención a nivel de la comunidad con técnicas de bajo costo y para ciudadanos de tercera clase?. Se ha estado confundiendo eso, porque la interpretación que dieron distintos sectores de la burocracia a los planteamientos que desde 1972 se empiezan a introducir en el sistema de planificación y en el Ministerio de Salud sobre atención primaria, subrayaron la participación de la comunidad. Pero eso se tomó como una forma equivocada; y si subrayamos, eso fue para afirmar una concepción estratégica que pusiera el acento de lo nuevo que se quería desarrollar para vencer las oposiciones que estaban en nosotros mismos, en las propias estructuras profesionales e institucionales, en los hábitos y en las inercias sociales y mentales.

No porque se considera que la atención primaria de salud fuera simplemente el nivel del hogar y la comunidad, sino porque esto es el núcleo a partir del cual todo lo demás iba a ir llegando por añadidura.

En tercer lugar, de acuerdo a esto va quedando claro que la estrategia de atención primaria es como quien dice el nervio, el núcleo de la política nacional de salud. Reparen en el D.L. 351, no usa para nada la expresión atención primaria de salud. Está presente, está el contenido que es lo importante y lo importante del contenido está expresando una estrategia por lo siguiente: lo señala un objetivo. No puede haber estrategia si no hay un objetivo claro. En el campo militar, el objetivo es ganar la guerra, reducir al adversario de una u otra forma.. En este campo, en sentido afirmativo, la salud para toda la gente, lo que significa superar concepciones de la salud-mercancía o la salud-dádiva, o cualquier otra concepción que no sea la salud igual a todo ser humano, ya sea dentro de una concepción humanista o dentro de una concepción teológica, todo ser humano igual ante Dios, pero igual.

Además del objetivo, señala sujetos que realizan una estrategia. Es muy importante, y el sujeto primordial, es decir, el primero en el orden, lo único que señala son las organizaciones populares. Es cierto, como ha dicho el doctor de la región: no hay que sentirse fuera del pueblo. Sin embargo, podemos apreciar que dentro de la sociedad, las organizaciones populares no son lo mismo que el Ministerio de Salud o que las instituciones científicas u otras; son diferentes. Señala distintos sujetos. Uno de los problemas que hay aquí es que los sujetos todavía seguimos actuando con algunos criterios de la antigua política de salud, de la política que estaba en la práctica efectivamente. Tenemos:

1o. Una forma de preveer o de ordenar que llamamos planificar, la cual no ha cambiado sustancialmente todavía, ya de ahí surge una investigación y un esfuerzo que hacer.

2o. Una forma de evaluar que tampoco ha cambiado y basta con leer los documentos que hemos producido este año en el sector salud para ver que seguimos más o menos escribiendo lo de antes con una nueva concepción de política y estrategia.

Entonces, es fundamental poder trabajar con las organizaciones populares los nuevos criterios indicados.

Participante.– Por eso, con la definición de Salud Mental, atención primaria de salud refuerza este criterio utilizando medios aceptables por la comunidad; uno no puede violentar. No puede cortar a las personas si nos equivocamos.

Ahora, sin embargo, hay algunos estilos de vida que definitivamente son dañinos, la bebida alcohólica excesiva es dañina y particularmente con las bebidas alcohólicas se produce, y esto está comprobado por la ciencia, en mujeres embarazadas un problema psíquico en sus hijos; además de esto pueden nacer sus hijos con alteraciones orgánicas. Este es un estilo de vida que definitivamente es dañino por más que la comunidad piense que es normal. El problema es qué hacer. Yo pienso que no hay todavía respuestas al respecto, respuestas de la ciencia que nos puede decir: esto hay que hacer. Uno tiene que guiarse un poco por el sentido común por un lado, por el aspecto científico por otro, pero sobretodo por el ensayo y el error: probar ciertas intervenciones y evaluar si esas intervenciones son positivas o no. Naturalmente, estoy de acuerdo en que la información por sí sola no va a cambiar todo, pero yo me pregunto ¿Quizás la información no va a cambiar al que ya está comprometido? Pero pensemos un poco que el estilo de vida se va creando de padres a hijos; y si las madres son mejor informadas, pudiera ser que esta información a la madre pueda ser transmitida a la próxima generación. Quizás no hacemos mucho con el alcoholismo en la generación actual, pero de repente lo vamos incluyendo en las actividades que vienen. La pregunta que yo quisiera plantear es ¿Cuáles son, en la experiencia de ustedes, los niveles más adecuados de acercarse a la comunidad? ¿Cuáles han sido sus experiencias en torno a la aceptación de la comunidad? ¿Cómo se logra intervenir en la Comunidad?

Participante.– Yo quisiera confirmar lo que se ha dicho, indicando que cuando hablamos de investigación en intervención primaria, un poco estamos abordando el problema de metodología, las estrategias en investigación.

Participante.– Ubicándonos en la atención primaria, creo que en Puno tenemos una fuerte experiencia las que trabajamos en periferie, en cuanto a atención primaria y salud y luego actualmente estamos en política de salud. Ahora, otra definición de OMS se refiere a que la comunidad es la que participa directamente en solucionar sus problemas. Comúnmente, nosotros entrábamos a la comunidad e imponíamos algunas actividades o algunas normas y veíamos la forma cómo la comunidad las aceptaba o rechazaba. Para esto, era importante tener presente que algo primordial era el idioma y detectar al líder de la comunidad; con ellos empezamos a trabajar y con el idioma tuvimos mucha facilidad de aceptación y motivación. Ahora que está enfocándose la atención primaria de salud creo que en la mayor parte del departamento de Puno, se está planteando en salud

mental. Creo que vendría a ser como un indicio el motivar a la comunidad. Hacer que la comunidad tenga conciencia; la aceptación de la comunidad es el punto. De repente se pueda lograr con medios audiovisuales que son los mejores en ayudar a captar a la comunidad. Es necesario para nosotros proyectarnos, pero para que la comunidad comprenda y nos acepte es mejor dominar el idioma.

Participante.– La información que tienen ustedes acerca del nivel de participación de la comunidad, el nivel de comprensión que pueda tener la comunidad acerca de sus propios estilos de vida, acerca del grado de comprensión de estos estilos de vida, lo plantea en términos muy amplios: la resignación, la aceptación, la facilidad o el espíritu de cambio que puede variar de acuerdo a cómo juegan ustedes dentro de la comunidad. Es un aspecto que es necesario plantear.

Participante.– También con alguna experiencia de hace años que trabajo en el sector salud en el departamento de Puno sobre atención primaria, quisiera hacer algunos alcances; estoy persiguiendo alguna inquietud en el sentido que siempre el sector salud ha dado todo el apoyo necesario, el aporte necesario a la comunidad, en cuanto se refiere al desarrollo de las acciones y de la atención primaria y siempre se ha pensado y se ha dicho que si no hay este aporte la comunidad no va a poder todavía andar sola. Mi inquietud es: hasta qué punto y hasta cuándo la comunidad tiene que estar dirigida, controlada, supervisada por el sector salud u otros sectores o es que tiene que pasar un tiempo en cuanto se refiere a la capacitación de esta comunidad, capacitación de esta población y recién dentro de algunos años se pueda decir que la comunidad sí puede por sí sola, cumplir todas sus acciones dentro de la atención primaria en salud.

Participante.– Yo quiero intervenir en dos sentidos: El primero era en cuanto se refiere a que la atención primaria en salud evidentemente es una estrategia que se ha venido planteando. En Puno se avanzó bastante antes, quizá más que en otras regiones del país. Sin embargo, cuando se ha querido aplicar a plenitud esta estrategia, se ha querido aplicar indudablemente sobre bases teóricas, como que se han fundamentado en los resultados de otros países y otros continentes. El modelo peruano parece que todavía no ha sido bien implementado. Yo creería que es muy importante ver hasta qué punto hay factores de interferencia que están actuando, tanto a nivel autoridades y ejecutores de los programas, así como a nivel comunidad. creo que este estudio sería de investigación operativa o de investiga-

ción en servicio de salud. Sería muy importante porque se podría extender desde salud hacia y dentro de otros sectores. Entiendo que el sector educación, por ejemplo, juega un rol fundamental porque los profesores deben ser promotores de salud; pero hasta qué punto los profesores han forjado la conciencia necesaria, pues tienen en sus manos la vida y futuro de los niños no sólo en cuanto a formación, a dación de conocimientos o a formación moral o de otro tipo, sino que también pueden ellos actuar en la prevención de enfermedades, si quieren forjar adultos que más tarde no vayan a tener problemas de tipo psicológico o problemas de tipo físico. Por eso, me parece que esta investigación sería importante; y la propondría como alcance para el grupo.

En segundo lugar, me gustaría mucho conocer el tipo de organización comunal que hay en las comunidades aymaras o quechuas, en las comunidades campesinas, en las comunidades rurales más cercanas a Puno.

En Cuba se tienen Comités por manzana con su líder y éste es que comanda un comité y cuando hay una campaña de vacunación a nivel nacional, funciona el Comité mencionado a nivel país logrando una cobertura de 100o/o. Acá se podrían utilizar, mecanismos de la organización propia de las comunidades en el departamento de Puno para que puedan ser utilizados en apoyo de los programas de salud y de salud mental.

Participante.– Quería, sobre lo que ya se ha comentado, aportar un poco en cuanto a la comunicación. Hemos visto que es muy importante la comunicación hacia los grupos organizados.
Por ejemplo, en Puno hemos tenido una experiencia en cuanto a las famosas jornadas antes que aparezca el VAN 85, en las cuales hicimos toda una estructura. Pero, antes trabajamos en servicios integrados de PROSID en la Corporación, la cual estaba integrada por salud, educación y agricultura. Los servicios eran encabezados por coordinadores de cada sector y se nombró un consejo que estaba dirigiendo todo esto y en el cual se tuvo participación de toda la población organizada de la zona urbano–marginal de Puno, para lo cual se hizo toda una estructura porque ese consejo estaba dirigido por un sociólogo, el cual era muy hábil. Lo organizaron entre los tres sectores y se vió que la comunicación era muy importante. Entonces, la participación de la comunidad contó con un centro donde podían realizar sus actividades. Esto lo organizó el barrio Miraflores, ellos mismos lo produjeron.

Ahí se nos pidió al sector salud que hiciéramos una difusión masiva. Para esto contábamos con dos tipos de películas. Una era relacionada con la guerra, cómo entra la vacuna. Vimos entre las dos películas cuál de ellas tenía más aceptación en la población porque íbamos programando diariamente 2 semanas para charlas en las tardes, de 2 p.m. a 1- pm. Se hizo una coordinación con todas las organizaciones de clubes de madres. Las presidentas solicitaban qué días tenían reuniones en sus barrios. El club de madres se comprometía en llamar a toda la población de su barrio, sean niños, adultos, sus esposos, etc. Ellas se comprometían a reunirlos. Nosotros íbamos a dar charla y vimos que la comunicación era muy importante. Como en Puno son bilingües, a veces chocábamos un poco con el idioma; y tuvimos que estar 2 ó 3 enfermeras, una que supiera aymara y otra que supiera quechua para dar interpretación, porque cuando nos expresábamos en castellano casi se quedaban "en bolero". Cuando lo decían en su idioma, sí lo entendían. A veces se interpretaba por figuritas y luego se les tomaba un examen para saber qué habían entendido. Se vio que madres que nunca habían aceptado la vacuna, la aceptaron al ver la película. Por ejemplo, habían momentos en que estaban peleándose los glóbulos rojos con los blancos; se les preguntó qué conocían de ahí. Las mamás comprendieron que la fiebre era producida por esa lucha que existía. Ahí comprendieron por qué el niño debía recibir la vacuna. Por eso es que yo digo que es muy importante la comunicación.

En esta primera jornada de salud logramos casi en un 100o/o la participación de toda la comunidad. Estuvieran o no vacunados, todos querían serlo. También tuve otra experiencia en que se les dio una charla en una comunidad.

Lo hicimos en el Cuzco porque fuimos a un curso en administración en salud pública. Fuimos a dar a una comunidad; resulta que una de las colegas llevó un dibujo de un piojo dibujado en rojo y grande.

La Comunidad dijo, cuando se le preguntó después de la charla, que en el Cuzco no vieron ningún piojo rojo y tan grande. Creo que se debe tener bastante cuidado en cuanto a la preparación de los afiches, el color, tamaño son muy importantes. Ahora, en cuanto a las tablas que se tiene en atención primaria, se puede decir que cuando se estuvo desarrollando la atención primaria aquí en Puno hubo un auge en 1968–1975, lapso en la cual se observó que se coordinaba igualmente con los otros sectores como eran agricultura, educación

y salud y tenían los tres sus promotores. Se veía el trabajo en conjunto de los tres sectores.

Por ejemplo, agricultura ponía los huertos, salud iba porque el promotor de educación les decía tengo tantos niños y necesitan vacuna. Había coordinación. Igualmente, de los tres sectores había un seguimiento. Pero ¿qué ha pasado? Ya no ha habido ese tipo de apoyo, ese mismo seguimiento en que ya los promotores han andado por su cuenta. Ahí han aprovechado otras instituciones que han llegado a formar promotores, como es la parroquia, la Cruz Roja. Los promotores de estos tres sectores se han visto abandonados y no en si los otros promotores que han sido formados por otras instituciones, porque ellos sí han estado constantemente recibiendo el material que necesitan para trabajar en el campo.

Participante.— Un poco se podría reforzar lo que usted ha señalado, indicando que el problema de comunicación no es solamente un problema idiomático, sino va un poco más allá. No es la barrera el idioma, sino igualmente comprender las estructuras conceptuales, las estructuras de pensamiento que pueden en algunos casos ser distintas y diferentes a las nuestras; en la preparación de campañas, en la aprobación de materiales no basta únicamente alentar la posibilidad, y eso ya es bastante, que exista una enfermera que pueda conocer idioma quechua, el idioma aymara, si no comprende los esquemas de pensamiento, la manera de juzgar, la manera de valorar que se da dentro de la población con la cual se tiene que trabajar. Otro aspecto importante sobre el cual quisiera recalcar es referido al nivel de aceptación, de intervención. Uno de ustedes ha señalado que la intervención oficial, inicialmente o en el momento, debe ser una intervención de apoyo.

Pero ¿hasta cuándo el apoyo? Un apoyo que no reprima, que no anule la libertad de la comunidad para desarrollarse por sí misma sería conveniente. Existen investigaciones, por ejemplo, sobre culturas de pobreza en las que se encuentran como resultados las intervenciones, las ayudas, zonas reprimidas; generan una mayor condición de pobreza, refuerzan la pobreza. Comunidades pobres, las cuales van a tener un vínculo de dependencia, generan el estilo de reacción por el cual van a tener el apoyo, el auxilio; se les refuerza en esta condición de incapacidad; se les limita en su creatividad para desarrollar por sí mismas, para encontrar en forma más creativa, una respuesta a sus propias dificultades. Obviamente, somos conscientes de lo que significa esto a nivel de pobreza y lo que significan condiciones de

desastre. Lo que se ha discutido hasta el momento, los niveles de intervención, es importante. Algo sobre lo que quiero puntualizar es referido a las funciones del Estado. Parecía ser que los funcionarios del Estado, un poco también tenían ideas un tanto confusas sobre las funciones del Estado, no directísima, no una intervención participatoria, una intervención democrática; se trataría de una intervención del Estado, en la que tal vez el papel más importante del Estado sería formalizar aquello que se presenta como informal. Conocemos y nos damos cuenta que el Perú en su totalidad es una sociedad informal, una sociedad a la que el Estado todavía no llega en lo que debería llegar para hacer una sociedad debidamente organizada. Se propone en este sentido que uno de los papeles más importantes del Estado sea formalizar aquello que se presenta como informal pero sin romper la estructura informal que va presentándose, que va planteándose, cuando nosotros vamos a una comunidad reconocemos los valores, los estilos de vida, la forma de absorber las propias situaciones que la comunidad está planteando y tenemos alternativas que pueden ser más favorables; nuestro planteamiento es presentar estas alternativas y ver de qué manera lo que sucede en una comunidad puede ser más organizado.

Participante.- Soy representante de Promotores de Salud (Campesino). Atención primaria es la coordinación directa con la comunidad; primero, como promotores campesinos de salud se coordina directamente con las autoridades comunales. Por ejemplo, como hay teniente gobernador, presidente de las comunidades, con ellos primero se coordina, igual en el sector salud, sector educación y agricultura.

Tenemos asambleas en las comunidades ya sea cada siete días o cada quince días. El día que tenemos asamblea llega un representante del sector salud y coordina con las autoridades comunales y con toda la comunidad sobre prevención de las enfermedades, saneamiento sanitario. Los promotores de salud no somos pagados, somos voluntarios. La comunidad, recibe al sector salud en coordinación con su promotor. En el sector salud están coordinando para una charla de atención primaria y están dispuestos a coordinar con las comunidades.

Participante.- Una pregunta sobre lo que usted acaba de señalar ¿Tal vez nos podría dar mayor información sobre la manera en que se conducen estas asambleas, sobre la participación de los pobladores, la proporción, el número de pobladores que participan y

si en este caso las iniciativas que se proponen en estas asambleas parten del Estado o de las propias necesidades de la comunidad?

Me explico mejor, de acuerdo a lo que acaba usted de decir. Puede ser que se convoca a una asamblea porque se daba una charla. ¿Solamente en estos casos se convoca a la asamblea o pueden haber otro tipo de casos en los que la asamblea se reune para discutir un problema que se está presentando en la comunidad? En todo caso, ¿cuál de estos dos tipos de asamblea es el más frecuente? ¿Aquellas que son convocadas por la comunidad a partir de una necesidad, una dificultad o un problema que tienen o aquellas que son propuestas por el sector salud, el sector educación?

Participante.– Bueno, la asamblea comunal está propuesta por los mismos comunales. En éste discuten sobre las problemáticas de la comunidad y también ven problemas de la vigilancia y de las autoridades que tienen consejos de administración o tenientes gobernadores, o sobre la agricultura que está trabada. Hacemos asamblea para pedir equipamiento de vacunas y también para coordinar con los otros sectores.

Participante.– ¿Podría explicarse cómo es éso que usted no recibe sueldo?

Participante.– Aca los promotores de salud no recibimos ninguna remuneración ni viáticos porque somos voluntarios nombrados de la comunidad y capacitados por el Ministerio de Salud; también estamos equipados por el Ministerio de Salud y gracias a UNICEF.

Participante.– En su experiencia como promotor de salud en estas asambleas ¿Participan igualmente hombres y mujeres? ¿Es fácil llegar a un acuerdo o es difícil? ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que son tratados en esta asamblea, especificamente en la comunidad a la que usted representa?

Participante.– En la comunidad que represento, los comunales tenemos que coordinar con el teniente gobernador, con el presidente de comunidad y los otros miembros de la junta directiva; y hacemos citación para todos los comuneros diciendo que en tal fecha vamos a tener una asamblea con sector salud, educación y agricultura. De esa forma, los comunitarios están dispuestos a recibir a cualqüier sector: salud, educación o agricultura. Los promotores de salud están a la cabeza de los comuneros ya que representan al sector salud para

atención primaria. Los comuneros en asamblea ordenan; están dispuestos para tal día que van a venir. Si por emergencia nos toca asamblea, de seña se pone la bandera peruana; otro toca trompeta, una llamada para el comunero y asistir a la asamblea; otros tocan silbatones, pitos, y los comuneros tienen en sus casas a la gente; deben estar alerta de sí va a haber algo. También escuchan la música de la trompeta. Invitamos al sector salud de los centros sanitarios. De esa forma, coordinamos con las autoridades.

Participante.– ¿En cuanto a los gastos que usted tiene para movilizarse, quién le da a usted dinero para cumplir con su trabajo?

Participante.– Bueno, como promotores de salud estamos capacitados desde 1977 para hacer servicio. Los comuneros no nos quieren dejar a los promotores de salud, ello porque no tienen siquiera idea de primeros auxilios ni de inyectables. Los promotores de salud tenemos bastante familia y tenemos hijos, 7 u 8. Nosotros que trabajamos en salud, tenemos necesidad de solicitar apoyo al Ministerio de Salud.

Me han nombrado nuevamente como dirigente y he ido a la capital llevando un memorial al despacho ministerial, diciendo que somos trabajadores de diez años y que necesitamos propinas para nuestros hijos. Hemos sufrido inundación, sequía y nosotros prestándoles atención primaria abandonando a nuestros hijos que no tienen ropa ni zapatos; por ese motivo solicitamos al ministro esa colaboración. El ministro, en Lima, nos dijo que acá en la región de salud se van a informar, depende de ellos y esperamos con esa política sea solucionado.

Aca, en la Región de Salud, nos han informado que van a ser nombrados 400 promotores activos este año 1986. En Puno hay 800 promotores.

Participante.– Recapitulando, el tema que nos ocupa es "La Salud Mental en la Atención Primaria de Salud". Nos interesa plantear algunos problemas que se pueden suscitar en las estrategias de Atención Primaria, problemas relativos a la disponibilidad de la comunidad, a las formas de acercamiento, al rol que asumen los promotores de atención primaria, al apoyo, a las condiciones de organización que requieren estos programas de atención primaria. Creo que sería opinión de todos los que vamos conversando, dada la importancia de estas estrategias de atención primaria y dado a que si bien existen valiosas experiencias, éstas no están debidamente sistematizadas;

es un asunto digno y necesario de considerar; sobre todos estos problemas creo que realmente pueden desarrollarse trabajos de investigación, porque se requiere mayor conocimiento, profundizar, tener datos más exactos, tener mayor verdad por todos los problemas que se están planteando; y por lo que podrían ser sugerencias a temas que se van a investigar.

Participante.– Soy enfermera de la UNA, Puno.

Atención Primaria, según el concepto que nos ha dado el doctor Perales, requiere de la participación plena de la comunidad. En este caso, la comunidad en sí, en su conjunto no puede participar. Siempre cuando se ha empezado a utilizar esta estrategia de atención primaria, se ha ubicado primero dentro de la comunidad a los líderes.

Participante.– El niño toma en cuenta las agresiones a la madre, a los hijos mismos. No sé hasta qué punto podría el maestro convertirse en una persona que dé a conocer ciertas actitudes buenas y adecuadas que debe aprender el niño. A veces también los maestros por su condición, por su alejamiento donde desarrollan sus actividades de maestro, se dedican a beber. El niño tiene al maestro como la persona más perfecta y quizá el niño va a continuar esas actitudes o las internaliza y posteriormente igual las va a practicar.

Participante.– Sobre esto había un comentario relativo a algo que se ha hecho referente a los programas de educación temprana con base en el hogar. El fundamento de ello se asocia con lo que estamos planteando acá, que son las bases de la salud mental, que van a ser planteadas a partir de las imágenes que ustedes han dado. En esto, sobre salud mental, en particular, sobre estilos de vida podemos entender que mayor impacto van a tener los padres que los maestros. Usted nos habla sobre algo que es realmente problemático, realmente conflictivo.

La información que provee el maestro versus las imágenes que plantean los propios padres, las contradicciones que se puedan suscitar y los conflictos que se puedan presentar en el desarrollo de la personalidad.

Participante.– En cuanto a la participación de la población en programas de salud, ha tenido una serie de inconvenientes y actualmente creo que ésto se ha agudizado con el estado existente en el departamento de Puno. Agudizado en el sentido que últimamente se está saturando el departamento de Puno con una serie de programas que no tienen una articulación debida. No sé en este momento

quiénes son los que deben ver este problema pero no existe una coordinación para implantar este tipo de programas. Cada quien busca el financiamiento de donde puede y aplica sus propios programas sin coordinar entre las instituciones; no sólo los estatales, también hay una serie de proyectos que son financiados exteriormente que no tienen ningún tipo de articulación. Vemos que no se canaliza todo este caudal de recursos, tanto humanos, económicos, no se canaliza de manera positiva, en bien de la población por la que queremos trabajar. Como decía, mi preocupación va hacia que yo no sé si la Corporación o qué institución es la que tiene que ver eso, porque en vez de trabajar positivamente, lo estamos haciendo negativamente ya que detrás de la comunidad, de la población de base se está viendo que existe cierto rechazo a este tipo de programas. No tengo experiencia en los programas de salud pero puedo hablar de otro tipo de programas. Para mí, una de las estrategias quizá para poder empezar por hacer algo que sí nos servirá, es formar equipos multidisciplinarios de las diversas instituciones tanto estatales como privadas que puedan trabajar en forma coordinada.

Participante.— No sé si usted me permita una pregunta referente a los problemas que usted pueda anotar con respecto a este concepto de bienestar, de salud mental, de desarrollo humano referidos concretamente a la actividad laboral en Puno. No sé si tenga alguna información al respecto.

Participante.— ¿Puede explicar su pregunta?

Nosotros estamos planteando por ejemplo que en el sector salud hay áreas muy concretas a nivel de salud en general y de la salud mental en específico, referentes a un programa de mejoramiento de la calidad de vida. A nivel de educación, lo mismo. Los programas de educación tienden en primer lugar a conocer en mayor detalle cuáles son los problemas educativos que presentan los de la comunidad. ¿De qué manera la educación realmente se constituye en el momento como factor de progreso, de bienestar, de desarrollo en Puno? ¿Qué contradicciones se presentan en el sector educación no sólo en términos cuantitativos, cuál es el índice de desarrollo, de desempleo, etc.? sino ¿de qué manera cree usted que lo que está haciendo el sector trabajo puede enlazarse con programas de salud mental, no en el entendimiento de enfermedad mental que hemos planteado sino las normas básicas? Por ejemplo ¿Se dan condiciones de trabajo que plantea la OIT? por decir algo. ¿Se tiene algún estudio, alguna información, alguna apreciación elemental sobre esto?

Participante.– En realidad, el problema de trabajo aquí en Puno no se refiere a una dirección ni a una subdirección en la zona de trabajo. Es una zona personal de trabajo. Las limitaciones con que contamos son bastante fuertes. En realidad, el trabajo que se desempeña en estas funciones se supedita a la solución de conflictos laborales: paralizaciones, huelgas, reclamación por incumplimiento de las obligaciones laborales. Un trabajo en el aspecto social, como usted ha dicho, sobre la salud no se ha hecho absolutamente. Nosotros somos dos asistentas sociales que trabajamos en la zona regional pero nuestras limitaciones, por la misma estructura orgánica, de lo que hicimos son muy grandes. Si nosotros recibiéramos algún tipo de ayuda o apoyo, se podría incrementar una serie de programas con respecto a la salud mental. En principio, nosotros contamos con datos estadísticos referentes a sueldos y salarios, y desempleo, etc. Frente a eso podríamos cumplir una serie de acciones; por ejemplo, en cuanto al desempleo:- ¿Qué pasa con una persona que no tiene trabajo estable? Se dedica al alcoholismo, a la vagancia. Todo eso trae, a la larga, problemas de salud mental, porque una persona alcohólica tiene una serie de problemas. En cuanto a la inseguridad en el trabajo, los contratados, los obreros eventuales, son los que mayores problemas acusan en el sector de salud mental.

Aparte de esto están los salarios, pago de salarios mínimos que no son satisfactorios, la seguridad del niño, del trabajador. Todos esos problemas nosotros podríamos rechazarlos si hubiera un programa para poder apoyar a trabajar en eso. Podríamos hacerlo, pero como le digo, nuestras limitaciones no lo han permitido ¡qué podemos hacer!

Participante.– Disculpe mi insistencia sobre algo que usted conoce porque lo ha mencionado. Por ejemplo, en los pliegos de reclamos que se hacen por exigencia salarial ¿cuáles son con mayor frecuencia los problemas que se plantean en el pliego, problemas que obviamente en un programa de salud mental se consideraban como elementos de base para resolver, propiciar el bienestar?

Participante.– Dentro de la ciudad de Puno hay muy pocos centros de trabajo industrializados o que tengan una capacidad bastante fuerte de trabajadores. Existen muy pocas industrias, pero en los pliegos de reclamos generalmente lo básico es lo económico; y en tercero o cuarto lugar las condiciones de trabajo, que les implementen del material necesario o que tengan seguridad en las gestiones que desempeñan, pero como digo en muy baja proporción. Lo básico es que haya factor económico.

Participante.– ¿Dentro de los pliegos a veces piden programas para ingresar a la comunidad?

Participante.– Muy rara vez. Justamente, quería también llegar al punto que nunca, al menos desde que trabajo en este sector, se ha hecho un programa de difusión de programas que vayan en bien del trabajador; al contrario, creo que siempre se ha tratado de soslayar eso. Realmente es necesario que existan programas de salud ocupacional o salud personal dentro de los que se junta un mayor número de trabajadores. Por decir, en las empresas asociativas se junta un número de trabajadores, porque industrias acá hay muy pocas, 2 ó 3 que no pasan de cien trabajadores.

Participante.– ¿Programas de recursos humanos, de capacitación laboral?

Participante.– Tampoco. Como le digo, los pliegos de reclamos se circunscriben al aspecto económico. Muy rara vez se tocan esos puntos, sea por falta de motivación, por falta de información de que ellos podrían solicitar a los diferentes sectores para que les apoyen en programas de salud o programas de bienestar. Muy rara vez hemos visto un pliego de reclamos que contenga esto.

Participante.– Es muy importante lo que usted nos señala en la medida de poder conceptualizar la forma en que pueda entenderse el trabajo. La diferencia de conceptualizar o de plantear el trabajo como un medio de desarrollo o simplemente para sentirse un asalariado: la diferencia de ser un trabajador y un asalariado.

Participante.– Se trata de prevenir los problemas y no solamente solucionarlos cuando ya se presentan. Nunca se ha hecho un programa de prevención de los problemas laborales, de educar al trabajador en cuanto a sus derechos, en cuanto a lo que él necesita para que se pueda desarrollar un trabajo en el sector.

Participante.– Yo creo, lo pongo a consideración de ustedes, que se deba establecer una metodología. Pudiera ser también establecer una relación de problemas detectados, problemas planteados por el grupo relativos a las dificultades que puedan existir en la aplicación de programas, en estrategias de atención primaria en salud mental. Se han señalado las posibilidades de resolver problemas o formas de comunicación, formas de llevar a la comunidad, a la capacitación que pueden tener los propios directores, a los objetivos que puedan tener los programas, a la contradicción que pueda suscitarse en el

desarrollo de estos programas a partir de que tal vez no existan en la debida forma o con la debida intensidad, esto es la coordinación con otros sectores para la aplicación de los mismos.

Participante.– Pienso que antes de dar lectura a las diferentes ideas expuestas debemos llegar a unas conclusiones. Ya habiendo redactado unas ideas, casi todos concuerdan sobre la participación, la comunicación; además sobre la coordinación multidisciplinaria para llegar hacia la comunidad.

Participante.– Con respecto a la proyección a la comunidad, pienso que deberíamos tomar en cuenta un aspecto fundamental que sería conjuncionar nuestras ideas primero para que evitemos contradicciones al proyectarnos a la comunidad. Otro, la comunidad motivándola, participa. Con la experiencia en el trabajo de comunidad que se tiene, si hacemos una buena motivación hacia la participación en la problemática de salud, en este caso en salud mental, sería bueno motivarlos a través de la participación activa de ellos. Con la experiencia que hace poco estamos trabajando con el programa de Proyección Social y Extensión Cultural en la Comunidad, hemos visto que si se aplican ciertas mecánicas de trabajo en la comunidad, responden a esta activación. Hemos aplicado, por ejemplo, juegos donde ellos mismos identifican su problemática y dan alternativas de solución frente a su problema. También se ha visto que frente a un problema ellos dan las ideas para poder solucionarlos. Quizá en base a eso podríamos nosotros tratar de trabajar frente a la salud mental en la comunidad.

Hay un problema que se enfrenta de donde yo vengo. Es la estratificación social en la ciudad. Deseo preguntarles a las personas que se encuentran por acá ¿dónde se encuentra más receptividad en los programas comunitarios?
No hablemos de clases sociales pero sí de ingresos económicos. ¿Hay mayor receptividad en un ingreso medio, ingreso bajo o en un ingreso alto?

Participante.– Respondiendo a la pregunta anterior. Nosotros hemos visto que tenemos mayor aceptación en las familias de bajos ingresos, nos abren más fácilmente las puertas a diferencia de las personas que viven en la ciudad que son más reacias, inclusive más conservadoras que los habitantes de los lados periféricos o de las comunidades campesinas. Se ha visto que una persona que viene de la ciudad dificilmente puede abrir su casa como un habitante de la comunidad campesina y también se ha visto que dificilmente cuenta sus

problemas como el de la comunidad.

Participante.– Pienso que en base a esto las estrategias de tratar de intervenir a la comunidad, ya sea para gente de la ciudad donde no nos abren las puertas, nuestras estrategias de intervención tienen que ser distintas, en ambos casos.
Esto, si queremos hacer una intervención primaria.

Participante.– En la mañana se habló en relación a qué debemos tomar en cuenta que para lograr ponerle fin a esa injusticia social existente, debemos hacerlo con la participación organizada de la comunidad como el principal medio. Hay algo que inquieta y preocupa y pienso que es la base de cómo empezar esta transformación, el hecho de cómo lograr la participación de la comunidad; es decir qué estrategias y de qué medios nos vamos a valer para lograr esto, entendiéndonos que la comunidad organizada somos todos, no solamente las comunidades campesinas, las comunidades semi–urbanas. En esa comunidad organizada estamos todos, público en general. Entonces, ¿cómo vamos a hacer? Pienso que este es un punto que se debe tomar en consideración, cómo hacer que la comunidad en su integridad, toda ella, pueda participar en esta transformación. Es una preocupación y pienso que debe considerarse en todo este conjunto de cosas que se están tratando. Después se habló de la descentralización. Cuando se habla de descentralización pienso que un aspecto importante es el cómo va a ir la gente a esos lugares a trabajar, en qué condiciones o es que vamos a tratar de dar trabajo a la gente del lugar, que sería lo ideal y lo más correcto. Pero, si no hubieran esas personas cómo va a ir la gente a esos lugares apartados y aislados. En cuanto a la acción multisectorial e interdisciplinaria, que es otra de las acciones básicas, considero muy importante la coordinación, sobre todo la concertación efectiva como aporte de todos los sectores. Todo esto para qué; para lograr salud para todos y bienestar que es la meta del gobierno. Gracias.

Participante.– Trabajo en el sector salud.
Quería hacer hincapié referente a la discusión de la mañana. Yo considero importante y también lo han remarcado los ponentes que el diagnóstico socio-económico participatorio es muy importante para el inicio de una actividad o para el desarrollo de un pueblo. Asimismo considero como segunda parte una planificación en forma horizontal y vertical, en forma de pueblo y de instituciones. Una planificación a través del cumplimiento de proyectos que concurran al desarrollo económico y social del pueblo. Asimismo, como tercer punto puedo plantear dentro de los lineamientos de política de sa-

lud, la participación organizativa que también ha señalado el Ing. Lescano. Pienso que es algo muy fundamental en todo el planteamiento que se realiza dentro del sector salud, la participación del pueblo. Fundamentalmente, la participación organizativa del pueblo se debe realizar bajo dos aspectos fundamentales que son las acciones multidisciplinarias y multisectoriales.

Participante.– Tendríamos que ver cómo vamos a lograr la participación intersectorial y multidisciplinaria, en una forma que no sean unos cuantos los que participen, o sea la participación organizada de la comunidad a la que se le debe tomar como un ente participatorio y no como sujetos en las decisiones reales. Generalmente, son los grandes directores los que deciden por lo demás. Sería una primera forma de ver la solución de la participación de todos.

Participante.– Soy trabajador de salud en el campo; es muy necesario que se tomen en cuenta los grupos, la familia. Si no se toma en cuenta la familia y se quiera hacer un trabajo sin ellos, nos dirán sí de boca pero la respuesta de su corazón no va a hacer efectivo nuestro trabajo.

Participante.– A mí me parece que a nivel de comunidades nosotros tenemos un estilo de trabajo coordinado de la comunidad, pero que a nivel de instituciones el trabajo es muy desconocido. Esta mañana el Dr. Barrientos señaló el problema que existe entre las instituciones, entre los profesionales para que podamos realizar un trabajo. Incluso él dijo que debería haber un diagnóstico institucional y una capacitación previa para realizar este trabajo coordinado, porque si vamos a seguir yendo a las comunidades como lo estamos haciendo, en forma disgregada, desorientada y desordenada y cada uno a seguir su propia idea, me parece que así nunca vamos a concretar ni a lograr de la comunidad el primer punto de política de salud que es la participación de la comunidad.

Participante.– Quiero referirme al punto que se mencionó sobre celos institucionales, celos profesionales. Creo que se debe a una serie de errores. Esto sería en primer lugar entre las profesiones, no sabemos hasta dónde vamos ni qué cosa debemos realizar. No entendemos bien qué es lo que nos compete y entramos a una competencia inútil. Esto se vé mucho entre los antropólogos y las trabajadoras sociales. Esto produce tensión y conflictos innecesarios. A veces inclusive para la captación de personal se prefiere muchas veces a las trabajadoras sociales, porque se contentan con menores salarios o

son más tranquilas.

Otro tanto sucede entre el psiquiatra y el psicólogo. Insisto, aquí hay una confusión y errores. Creo que habría que fijar claramente los roles que competen a cada especialista y también a una y otra institución.

Aquí tenemos a CORDEPUNO y seguro que hay otros organismos más o menos grandes y que tienen una tendencia globalizadora, pero seguro que vamos a aclarar esta confusión de errores.

También podríamos aumentar otro factor, la falta de precisión de ciertas definiciones. Por ejemplo, cuando hablamos de integración. Es un término un tanto ambiguo, lo empleamos para todo pero si no lo aclaramos no lo vamos a poder utilizar. De tal manera que cada uno hace lo que cree que es integración.

Cada uno critica al otro sobre integración. Otro término que mucho se emplea es desarrollo. ¿Qué entendemos realmente por desarrollo? ¿Desarrollo en relación a quiénes? ¿A la sociedad dominante? ¿o en relación a las poblaciones que pretendemos servir? ¿Desarrollar en términos de ellos o en términos de nosotros? Creo que esto es muy importante y que debe tomarse en cuenta. Otro factor de los celos creo que es la falta de comunicación. Cada uno trabaja por su cuenta. Poco a poco se van repitiendo acciones y se van restando recursos. Habrá que entregarse a un plan de coordinación. Obviamente esto es sumamente difícil pero habrá que hacer esfuerzos.

Seguramente, con sólo tener registros de entidades que, por ejemplo, están trabajando en Puno tendríamos una ayuda de ubicación. En Puno saben que tienen 80 organismos, pero no saben siquiera los nombres de todos esos organismos. ¿Cuál es el organismo que debe centralizarlo? Supongo que debe ser la CORDEPUNO. En lugar de repetir una serie de acciones que seguro están haciendo, creo que su rol es de coordinación. Creo que toda esta serie de competencias, de celos, etc., se debe a que carecemos de objetivos generales, objetivos en relación con el país, con la región, con las comunidades. Pienso que sus objetivos son en relación con la institución. No están pensando que sus objetivos están en relación con la población que se pretende servir y desarrollar, etc. Cuando se piensa de esta manera se da todo esto.

Otro factor que también hay que tener presente es toda esta

interrelación de fenómenos; es que no hay ningún fenómeno aislado y eso el Ing. Lescano lo graficó con bastante claridad; por ejemplo, la economía y la religión que juegan un papel muy importante, el pago a la tierra, que es un factor mágico religioso que tiene que ver con la producción de alimentos, con la economía, con la salud, con la educación, etc.

Participante.– Resumiendo lo que he podido escuchar, necesitamos a propósito de la salud un buen estado mental, físico-mental, físico y social de la persona. Si hay el rompimiento de uno de estos factores, condenamos a una persona entera. Por lo tanto, debemos deducir que nuestro trabajo no sólo es con la institución sino con la persona, un trabajo multisectorial. Lo que ahora nos debe preocupar es ese trabajo, la coordinación como todos los que me han antecedido lo han dicho porque, repito, salud es el completo bienestar físico, social y mental de la persona. Si falta uno de ellos, es una persona enferma. Si nos unimos todos, vamos a lograr el bienestar, mejoras para la comunidad, para todos los que participamos para la comunidad, para todos los que participamos como integrantes de la comunidad social.

Participante.– Creo que por muchos años nuestra preocupación es acerca de lo que es centrar el recurso humano. Eso creo que es centrar, absolutamente centrar. La competencia profesional es una realidad. Todos los años que he trabajado, nunca he tenido problemas con los psicólogos. Recuerdo cuando recién llegué a Jesús, nosotros teníamos 12 psicólogos y asistentes sociales. Tratamos de tomar en conjunto a estos profesionales para evitar cosas. Creo que esto deviene mucho de la seguridad personal. Si uno sabe bien su territorio, no se debe preocupar tanto por los territorios ajenos porque se da cuenta que tiene tanto que hacer que no necesita irse pasando a otras bandas; y ese es una de los grandes problemas. Yo creo que un proyecto como el que está pensando tiene que ir dirigido al desarrollo. Yo diría que una parte fundamental de eso es trabajar en ese sentido. Cada ejército tiene que saber cómo son sus soldados porque sino la guerra está perdida, desde el comienzo.

A mí me impresiona mucho cuando salgo de Lima y veo a la gente trabajando, porque en la capital estamos frustrados con problemas personales e institucionales. ¡Quién creyera! Nosotros vamos organizando una capacidad para poder conocer. Una vez que vamos ubicando nuestras características, la potencialidad, tenemos que ver si esas potencialidades se adecúan a lo que acá se necesita o no. Uno

ya vendría a dar ocasión, instancias necesarias para perfeccionar el recurso humano, para no perder una serie de iniciativas. Ustedes tienen experiencias muy ricas; y eso necesita ingresar dentro de un conjunto. Si no hubiéramos venido acá, no conoceríamos muchas cosas que ustedes nos han empezado a contar y eso no puede ser. En este país eso no se puede hacer, porque no es justo que esas posibilidades de conocer se den así circunstancialmente. Por eso, cuando en diferentes ocasiones comentamos sobre los problemas alcanzamos a ver que hay factores.

Estuve en otros lugares y vi cómo los supervisores, los ingenieros trataban de que las fábricas de otros países prestaran con qué funcionar. Están pues como prestando la calidad. Por otro lado, fueron muchas las experiencias de otra índole; sin embargo, dentro de todas estas rudezas, inundaciones, problemas personales, una niña perdió todo y lo único que pudo rescatar fue una muñeca y a los cinco años de edad la llevaron con un conjunto de niños a Dinamarca donde se había organizado un lugar de concentración para estos niños y que pudieran sobrevivir. Entonces, cuando uno conversa y entra con fuerza en las experiencias de esa gente, uno se va ganando la confianza de ellos porque son muy reservados y los pobres pacientes que comienzan a sufrir de experiencias de enclaustramiento, uno se suma a su experiencia. Todo este conjunto de experiencias creo que a uno lo van enderezando y lo van comprometiendo. Cuando ya uno es un poco viejo se da cuenta que no se trata solamente de tener una gran sensibilidad; se trata de desarrollar estrategias para que este movimiento se pueda llevar a cabo; nosotros vamos desde ya, con el código que hemos visto.

Lo que puedo pedir es que no perdamos la inquietud de seguir analizando cuáles son realmente los puntos críticos, dónde están ubicados, que en el proyecto intersectorial hayan tenido muchos tropiezos. Nosotros no estamos tan bien; sin embargo, encontramos que en algunos sectores las cosas están mejores. Tenemos que ver con quién nos vamos a relacionar, si con gente más sana que nosotros y ya nosotros no podemos manejar nuestra propia enfermedad mental, nos vamos a derrumbar. Hay que ver eso cautelosamente, en qué medida estamos ya capacitados y en qué medida nos vamos a capacitar, a comprometer bien para tener una imagen muy clara de la relación con los sectores, y para que vean que el proyecto que estamos haciendo es un proyecto de desarrollo humano para este país. Hay que tener en cuenta también quién tiene vocación para la inves-

tigación; cada uno tiene una vocación especial dadas sus experiencias.

Participante.— Entonces, hablemos de todo un trabajo relacionado con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. El cancerólogo lo hace de una manera especializada. Se dan una cantidad de problemas y se necesita un psicólogo. Por ejemplo, una enfermera había sido divorciada; había pasado por todo ese trance y lo había superado. Ella lo había vivido y porque la solución se había dado finalmente, esto la había invitado a pensar en ser feliz. Indudablemente, el tratamiento con personajes del problema, naturalmente experiencias familiares, daba resultados. Entonces, no hay que rechazar el problema. Por ejemplo, una persona que va a morir hay que prepararla para la muerte y hay que preparar a los familiares. Eso hace que se pueda movilizar esos recursos humanos. Nada tiene que hacer la experiencia si no hay disposición. En este tipo de problemas debe haber honestidad; suficiente con decir "yo no puedo trabajar con este problema porque no lo resisto, porque no lo puedo manejar".

Hay trabajos en el campo, con comunidades, que tienen cierto tipo de problemas y no todos nosotros podemos lidiar con ese conjunto, algunos serán más generalistas pero hay otros que en detalle necesitan más consistencia, mayor inversión. Entonces, de repente tienen este tipo de personajes. Las personas mayores con más experiencia tienen que ir ubicando su rol porque no se puede hacer el trabajo de lejos.

Tiene que ser un personaje de una personalidad indicada para este tipo de problemas. Este tipo de proyecto, con él se trata de hacer operación en problemas de adaptación, desadaptación, educación. Es un modelo en el trabajo psiquiátrico que se denomina modelo educativo. Eso se refiere, por ejemplo, a que yo puedo haber tenido experiencias muy traumáticas, muy difíciles, no he resuelto mis problemas de adaptación o por último no he sido instrumentado para ganarme la vida, para socializarme, para escoger mi pareja y manejarme con ella o para poder manejar niños. Hay una cantidad de asuntos que deben ser resueltos en el proceso del aprendizaje formal e informal. Entonces, este campo de la Salud Mental hace el tratamiento de ese orden de cosas. Ese es un gran camino.

Conozco un proyecto que está trabajando la OMS. Creo irnos aproximando a ese punto.

¿Quiénes? ¿cuántos son los mínimos indispensables? ¿Cuáles

deben ser las calidades humanas de las cuales no se puede prescindir? porque hay algunos elementos humanos centrales. Creo que por ese lado está y dentro de ese proyecto sí se pueden captar algunas personas, personas individuales y los psiquiatras. La relación humana es necesariamente interesada; eso implica que yo doy y debo recibir; no necesariamente me refiero a cosas materiales, pueden ser afectos, experiencias, conocimientos, pero tiene que ser una relación activa e interesada porque si yo me preocupo solamente de recibir y no de dar, está mal. Esa es una línea importante; hay una cuestión de la que la gente a veces se olvida: generalmente no se lamenta el que da, sino también el que recibe porque para recibir hay que saber recibir.

Moderador.— Todo lo que ha dicho el doctor creo que son puntos a considerar. Si vamos a esperar un buen resultado del proyecto que se tiene en mente, pienso que todos los componentes del grupo interdisciplinario llamado a colaborar deben trabajar dentro de una buena relación, que entre ellos exista comprensión más que todo. Que en ninguno de ellos haya el afan de figurar, porque si se produce esto en cualquiera de los miembros de este grupo, de hecho ya se malogra el trabajo. Deben trabajar en base al conocimiento de la realidad del área donde se va a trabajar.

Participante.— Quería pasarles mis experiencias de lo que es trabajo multidisciplinario, multisectorial. El problema es que estas experiencias han tenido un tiempo de vida muy breve y no ha habido un seguimiento. En Puno siempre estamos empezando, siempre estamos iniciando todas las acciones pero nunca estamos seguros de lo que antes se hizo. Para referirme, en los años 1980—1981 acá en Puno se formó un grupo multisectorial de trabajo, había un grupo operativo que tenía la Presidencia de la Corporación, peo era un grupo conformado por gente de ideas muy distintas en los niveles operativos. Este grupo se planteó una serie de actividades en conjunto, inclusive se llegaron a desarrollar algunas actividades, se salió al campo, se ejecutaron nuevas tareas, pero surgió un celo por parte de los directivos de las instituciones así como de la corporación. Entonces, la primera acción fue sin preguntar, desimplementar este equipo y de allí nunca más se volvió a formar un equipo capaz de ejecutar, conducir, asesorar este tipo de actividades, hasta la fecha. Esto nos hace ver realmente que el equipo intermedio, vamos a decir nosotros porque somos el equipo de base, ha tenido varios problemas para establecer contacto con la población. El problema es que cuando este nivel operativo local establece contacto con la población, llegan a una serie de acuerdos, por ejemplo, desarrollo de la capacitación o cons-

trucción de un puente a asesoramiento para conducir una chacra, etc.; necesitan del apoyo técnico, del apoyo económico pero esto depende ya de la parte directiva. Cuando frente a este acuerdo que se ha establecido en este nivel local, la parte directiva no respeta esta decisión, entonces, el personal del nivel local no puede tener buena imagen en la población.

La población nunca más cree en este personal que trabaja en este nivel ejecutivo, porque no tiene respaldo de su jefe. Vemos que no existe una buena articulación desde los directores hasta el nivel ejecutivo de este personal de las diferentes instituciones, que permitan articular estas decisiones. Por un lado se toman las decisiones y por otro lado se ejecutan los proyectos.

En la mañana se ha explicado la planificación, la programación, incluso se habían sorprendido que esta programación tuviera un carácter multisectorial. Lamentablemente, de esta programación sólo se ha llevado a cabo una parte. Se ha llegado a establecer contacto con la población, se ha llegado a conocer sus necesidades, pero ¿quién ha tomado carne de estos problemas? Ha sido solamente el sector salud, mas los otros sectores son partes invitadas; no se sienten comprometidos con esos problemas. ¿Por qué? Porque ellos no se han sentido partícipes, ya que el jefe de su sector no estuvo comprometido y no les dijo que debían estar comprometidos. Se pensó en la estrategia de que los directores, en primer lugar, se pusieran de acuerdo a algún nivel. Esta decisión también se pensó se podía tomar a nivel ejecutivo que sería una comunicación del vértice a la base y de la base al vértice; y la mira es que realmente pueda llegarse a conocer los intereses de la población.

Participante.– Tenemos como mínimo 15 ó 16 instituciones entre públicas y privadas que realizan ahora acciones de salud. Sin embargo, ese propio sector salud no está en la capacidad de brindar ya la capacitación y lo podría hacer alguna otra institución. Pero, surge el celo de salud y dice que ¿por qué lo va a hacer? Cuando salud no está en la capacidad de hacerlo no lo quiere reconocer, no hay la honestidad que usted manifiesta de parte de cada una de las instituciones para decir hasta dónde puede. Pienso que se puede ceder en la medida en que cada una de las instituciones tenga esa posbilidad y la capacidad de hacerlo.

Participante.– He tomado nota de todo esto y me parece bien. Sólo voy a mencionar dos cosas en las que estamos metidos hace

mu... ...nos. Estamos en un proyecto de la UPCH que se llama Proyectos Bases para la Formación de Administradores en Salud a nivel de especialidad de Maestrías. Estamos en el campo. Nosotros particularmente tenemos un área que hemos creado, que se llama el Area de Ciencias de la Conducta y Desarrollo Humano. Ahí están viendo totalmente a la persona para que ésta esté en la capacidad de hacer constantemente un análisis interno. Por ejemplo, cómo decirle, antes de salir al trabajo tiene que pensar cómo está su carga emocional, estoy tranquilo, he dormido bien, tengo problemas, etc.

Hay que hacer ese trabajo estratégico. ¿En qué medida? Primero, tenemos nosotros que conocernos mejor cada uno y en conjunto, desde lo cual aparecerán algunos líderes; está bien porque se necesitan. Se necesitan abogados de la causa, que no caigan al primer golpe. Luego, ojalá se pudiera trabajar un poco -ahí vienen- los factores de la ciencia de la conducta en base a nuestra realidad del ser humano.

Este país no puede aceptar un apoyo regional de segunda clase como a veces sucede. Mucha es la gente que viene a ayudarnos, que es de segunda y de tercera clase y con sus propios conflictos que los traen acá para ventilarlos. Esa es la verdad de las cosas. Este grupo tiene que convertirse en uno de primera clase. Este no es un asunto sencillo. Más que la técnica tenemos que ver el razonamiento detrás, la inteligencia. En todo caso, donde voy sintiendo que se debe ir dirigiendo el asunto es a la comprensión de un hombre y que pueda tener un cierto interés, una cierta autonomía, que no tenga cabezas que puedan ser movidas de arriba, porque si la pueden hacer mover así, nada hemos resuelto. Lo que tenemos que ver está como en la gestación, cómo va a ser este embarazo. Creemos que es un departamento fundamental, y lo que pueda derivarse de ésto, que recoge todas las experiencias, etc.

Será una contribución no solamente para Puno sino para otros departamentos, que probablemente no han vivido estas experiencias y no tienen las riquezas. Hay que ver también la parte económica. Por otro lado, hay una burocracia bien terrible que es un desafío, porque si se puede arreglar acá, en todas partes del Perú se puede arreglar. Hay que irse acercando. Lo que habría que ver es qué va a haber hoy después de las 7.30 pm. Qué va a quedar. Cómo ustedes van a seguirse comportando, movilizando, salgan los proyectos o no. Qué resultado se va a alcanzar o solamente hemos creado un torbelli-

no, una tormenta de palabras y de ideas y hemos invertido cuatro días de nuestra vida, nada más. Cómo vamos a hacer un directorio para comunicarnos, no sé si está incluido en el proyecto.

Nos podemos escribir. Podemos comunicarnos nuestros intereses, qué cosa es lo que va pasando. No podemos perder pues la oportunidad. Cuando uno ya nace en la vida con años ya no se preocupa. Yo me preocupo mucho.

Participante.– He escuchado mucho que hay un proyecto pero yo quisiera saber y que nos digan explícitamente cuál es ese proyecto. Por aquí se habló del proyecto, usted habló del proyecto, todos hablan del Proyecto.

Participante.– Creo que no se trata de armar un nuevo proyecto sino la utilización de los grandes recursos, de las grandes potencialidades que existen. Habría que procurar armar, llamémosle un proyecto, con todo lo que hay dentro. Sencillamente, pensar en un trabajo bajo una nueva concepción que se ha venido esbozando en estos días, en esta permanencia. Porque todas las agencias estatales van a permanecer dentro de una nueva concepción de trabajo, que no se puede desarrollar a nivel de todo el departamento pero sí se puede escoger un área determinada. Si quieren, llámenle área piloto, pero no con ese sentido porque cuando se habla de un área piloto, estamos hablando de experiencias irrepetibles. Si se puede encerrar ese proyecto entre comillas, y con algunas cosas que pueden darse desde fuera sería magnífico, porque de lo contrario será un proyecto más que tendrá una vida efímera así como tantos proyectos que no aseguran su persistencia.

Moderador.– Esta mañana hemos tenido la conferencia del Dr. Barrientos "La Salud Mental en la Atención Primaria de Salud"; y hemos tenido al Dr. Kenny Tejada de moderador como representante del Instituto de Salud Mental. Se dieron algunos comentarios referentes al tema que expresó el Dr. Nicolás Barrientos. En la tarde debemos tratar de precisar las temáticas de priorización o temáticas más sensibles sobre Salud Mental en atención primaria. Queda abierta la discusión para arribar a conclusiones más específicas después de nuestra reunión de grupo.

Participante.– Creo que en la mañana se dieron algunos elementos que permiten aclarar tal vez estas inquietudes. A modo de refrescar y poder continuar la discusión de grupo, se presentó el primer

lineamiento de políticas del sector salud y está definitivamente vinculado con lo que asume la atención primaria de salud: es política plurisectorial, intersectorial y que recoge entonces la tecnología adecuada, los aportes de la Medicina Popular, la homogenización de propósitos. Esto tiene que hacerse necesariamente con la participación del pueblo, el pueblo como actor principal y que la atención primaria, en realidad se convierte en una especie de modo de plasmar estas acciones: la estrategia.

Entonces, aquí encontramos que la atención primaria definitiva mente rebasa el modelo mismo. Tenemos un modelo básicamente social y se circunscribe dentro de un contexto social, cultural, económico y político. Definitivamente, de hoy se desprende que el problema de salud no va a ser solucionado a través de una respuesta puramente médica. Este concepto de atención primaria está íntimamente vinculado al que es el desarrollo social-económico y en estos términos se tiene que trabajar, de un contexto mucho más amplio tratando de dar una respuesta integral del problema, a las necesidades. No se trata de dar una respuesta integral a la problemática de salud en lo que la lleva más allá al problema netamente biológico de la enfermedad y esto supone un compromiso interdisciplinario, multidisciplinario, intersectorial, multisectorial. Entonces, en ese sentido es que se ha subrayado esta mañana de acuerdo a las conclusiones que se hizo en el panel. No sé si alguien más quiere cooperar sobre ésto, de tal manera que llegaremos a conclusiones mucho más operativas y específicas.

Participante.– Les cuento lo que me pasó hace muchos años. Salía de la Universidad de Princeton, se me acercó una persona y de improviso me dice: Señor, en qué consiste el secreto de la densidad. No les pienso mentir; pensé que era un ser idealista, un desadaptado del medio. Es lo que pasa con la gente del pueblo y la respuesta es ésta: Para ser feliz, uno tiene que estar contento con lo que es, satisfecho con lo que hace y luchar por ser algo más. Hay que ser algo más para ser feliz y no dudar. De acuerdo con lo que expresaba el Dr. Tejada sobre el proceso de adaptación, yo creo que si nosotros podemos dar un paso efectivo en la atención primaria, va a ser en este sentido: de contribuir a la adaptación del individuo, reconocer sus limitaciones y ver sus potencialidades.

De otra manera ¿nos va a ser posible conseguir que la atención primaria sea algo positivo? Como lo explicaba el Dr. Frisancho, el curandero sirve de consejero, de asesor, de todo; es una forma en

que consigue tranquilidad su espítitu, sosiego, le da valor para seguir adelante en la lucha por la vida. Ayer cuando estuvimos revisando un poco las temáticas que iban tratando, en un momento nos dimos cuenta que la temática de la comunicación interpersonal dentro de la institución es algo importante.

Pero la comunicación que se debe dar con los sectores, con la comunidad, es fundamental para llegar al entendimiento, una aproximación de todos aquellos aspectos que son importantes de tratar para desarrollar estas acciones de salud y desarrollo. Entonces vimos que no estamos en la capacidad de comunicarnos y menos de comunicarnos con la comunidad, y de ahí uno toma una decisión, es decir, que vamos a estudiar eso ¿Cómo se da la comunicación a nivel de las personas? Está aconteciendo algo y eso no se puede resolver hasta acceder a la comunidad.

Creo que están de acuerdo en que conociendo a la comunidad, sus valores y producción, ahí se está en condición de respetar a la comunidad. Ahí uno está conociendo lo que la comunidad ha dado en tantos años a través de tantas dificultades. No se trata que la gente diga ' hay que ir a la comunidad y respetar al campesino solamente"; es más importante que nos enseñen a respetarlos a base de conocerlos y de ahí hacernos más respetables. Si ese es un propósito que se considera importante y que más adelante puede trascender en la comunicación de masas, es la gestión. Cada una de las personas que se compromete en salud en la cruzada va a ser un abogado de la causa. Con los sectores o aquellas personas que no están convencidas de la tarea, entonces tienen que habilitarse de esa capacidad que tiene mucho de psicólogico. Reconocemos que eso es importante, así como la preparación de algunos programas y de hacer un ingreso más lógico, más racional y tomar esta parte que está depositada y que se debe ver. Esta racionalidad cuando uno lo va viendo respecto a si nosotros reconocemos que es una posibilidad.

Tenemos que decir que para que esta posibilidad se dé en esta estrategia de la atención primaria, para que la Salud Mental se exprese en función de la atención primaria, se necesita sobre la base de esa investigación desarrollar un proyecto y así habilitar a un determinado grupo de personas para ver en qué medida se logra ayudar. Si mañana se trata de tener algo escrito de los potenciales multidisciplinarios y multisectoriales para la Salud Mental en atención primaria y desarrollo humano, el proyecto por lo menos está más normado. Ya sabremos por qué hemos elegido determinado proyecto.

¿Cómo lo vamos a tratar y en la medida de esto cómo vamos a posibilitar nuestra gestión y nivel operativo, así como nuestras relaciones dentro del sector e intersectorialmente?

Habíamos hecho un esfuerzo para corregir una unidad, porque si uno pretende estudiar un lado del asunto, y luego otro lado del mismo, estudiar tres asuntos; finalmente no se van a conjugar. Personalmente, el desafío más grande que tengo es poder acceder con una determinada capacidad y una determinada imagen a la comunidad.

Probablemente de lo que hemos escuchado, la comunidad puede ser muy generosa, pero quizá los nudos fundamentales no se comunican sino cuando se establece una relación más profunda en la cual entran en operación una cantidad de elementos que hacen que yo pueda confiar. Trabajé en Larco Herrera 20 años con pacientes psiquiátricos básicamente provenientes del campo, todos de la Sierra, hombres y mujeres de 40. El promedio de tratamiento de esos pacientes era 20 años, era el final, ese gran final. Además de ser locos eran tuberculosos.

Yo comencé como médico general y comencé a entender los problemas orgánicos, pero después me di cuenta que los pacientes no tenían sentido, no lograban un sentido para seguir viviendo. Entonces, encontrar su propia cultura era la posibilidad. Organizamos todo un ambiente serrano con ellos mismos, poco a poco. Tomó 5 años hasta que llegamos a los caminos y aparecieron las pastoras y las hilanderas y teníamos la leña, etc. Hicimos intercambios entre las mujeres y los hombres, el trueque. Una cantidad de cosas fueron surgiendo de los pacientes ayacuchanos y comenzaron a exponer lo que habían aprendido de niños. Son registros que ustedes también a veces los señalan con un poco de nostalgia. Entonces, los tienen ellos. Cuando ustedes buscan las partes nobles todavía guardadas, a pesar de toda la tragedia en todas estas personas, ahí comienzan a tomar confianza. La línea de confianza, eso se dio con el personal auxiliar que también era serrano. Creo que la honestidad mía fue reconocer eso y fuí preparando a ese personal para acercarme a los pacientes, pero en si todos trabajamos. Nunca he tenido problemas de ir con ellos a todas partes, a la calle, a sembrar y cosechar. Primero, comenzamos en que seguramente ellos se dijeron de dónde sale este médico, de dónde apareció, está haciendo una prueba, una experiencia, qué cosa busca porque los pacientes mentales no toda la vida están fuera de la realidad. Cuando vieron que no era una experiencia de un día,

dos días, tres días sino que pasaban los meses, los años, etc. seguro que empezaron a pensar que la cosa era digna de confianza, la que se estableció definitivamente a través del personal auxiliar. Yo siempre permití que se diera todo este círculo antes de llegar a mí. Yo no exigí que vinieran. Ellos comenzaron a aparecer solos, venían a conversarme. A veces uno va y se acerca a la comunidad y piensa que con sus buenas maneras, sus buenos gestos y sus ofertas la comunidad va a decirle muchas cosas. La comunidad también tiene que preguntarse ¿qué tiene que hacer este hombre que yo no conozco?

Yo no tengo por qué confiarme. Por ejemplo, en el caso nuestro, trabajamos las historias clínicas, nosotros las cambiamos. Como ustedes saben, en las historias clínicas se hacen una serie de preguntas íntimas. Uno no debe forzar eso porque sino se rompen lazos que se pueden ir estableciendo, después ellos le dirán a uno si quieren o no. Entonces,-hay todo un afronte distinto. Pienso que esta experiencia nos dio mucho. Ello se dio de alguna manera en el pequeño grupo que éramos nosotros que de todas maneras teníamos muchas lagunas, pero en parte, esto puede ser un elemento importante que se trabaje. Si el proyecto en Puno prende, si se hace bien, se hace auténtico. Esto es algo que vamos a aprender a utilizar. Como dicen los chinos "una vela en la oscuridad, cuando mayor oscuridad haya, la vela va, habrá mayor resplandor". No se trata solamente de lo que queremos hacer, sino medir las fuerzas para que el proyecto no sea tan grande ni tan poco controlable que pueda quedar en el vacío.

Yo creo que por ahí tal vez podríamos ir explotando otra línea que demanda mayor atención. ¿Qué podríamos estudiar? ¿Qué consideramos importante para estudiar? Algo que sea realmente urgente pero que trascienda esencialmente en términos de hacernos mejores. Yo pienso que el proyecto principal es que se hace mejor para los demás, no para uno.

En este caso, si nosotros nos considerásemos suficientemente capacitados como para sólo movilizar a la comunidad e instrumentar la Salud Mental dentro de la atención primaria, con algunas clases teóricas y algunas reuniones más, entonces sería suficiente. Si no nos sentimos que estamos en esa capacidad sino que debemos trabajar mucho más en esto, es ocasión de decirlo ¿qué necesitamos cono cer o desarrollar para hacernos efectivos dentro de este proyecto que es importante? Muchas cosas.

Participante.- Respecto a la pregunta del doctor, me parece

que para tener realmente una respuesta de la comunidad es necesario antes convivir con la comunidad, conocer sus creencias y sus costumbres, sobre todo su cultura. Otro aspecto importante es el idioma, está por demás todo lo que quisiera trasmitir porque no es lo mismo si hay un intérprete; la interpretación no se hace en la misma magnitud cuando no se puede uno comunicar directamente. El otro aspecto es que las personas que tengan que laborar en estas actividades también tengan emoción social. Porque si no la tenemos y pensamos que la posición que uno tiene es solamente para ejercerla dentro de una oficina o dentro de un establecimiento, donde no demande mayor esfuerzo, está por demás también trabajar con personas que tengan esa mentalidad.

Las personas que quieran trabajar en el medio rural tienen que desprenderse de todas las comodidades que nos brinda la ciudad incluyendo una institución en la cual contar, tal vez no mucho, con el material que podrían ofrecernos, y dispuestos a sufrir el frío, el viento, el polvo. Vivir en un ambiente que a veces no tiene ni ventana, donde uno no tenga que fruncir la nariz al sentir un olor tan desagradable, porque a veces se escucha decir "el campesino no sabe, el campesino qué sabe, el campesino qué sabe, son unos ignorantes", pero más ignorante es aquel que se expresa así, puesto que el campesino es sabio en su medio, en su cultura. Es importante tener que aceptarlos tal cual ellos. Desde ese punto de vista creo que nosotros estamos mostrando nuestro respeto al ir con una mentalidad no solamente de querer enseñar, porque hay mucho también que aprender de la comunidad. Entonces, para hacer cualquier actividad no debemos llevar nuestros conocimientos y quererlos imponer, sino combinar sus conocimientos con los que estamos llevando.

Participante.– Agregando a lo que ha dicho la señora, es cierto que uno tiene que identificarse con la comunidad.

Hace mucho tiempo, por el 65 más o menos, tenía a mi cargo pacientes pacíficos. Estos pacientes ya habían recibido tratamiento años atrás, pero cuando yo fuí a verlos, visitaba domicilio por domicilio; pero ¿qué hacían como prueba los enfermos pacíficos? Nos invitaban una taza de leche, un pan, alimentos del lugar. Si una acepta lo que ellos ofrecen, ellos piensan "esta persona es buena porque ellos aceptan lo que nosotros ofrecemos y nosotros lo que ellos ofrecen". De esta manera, ambas partes se brindan confianza y luego acepta el tratamiento continuo y logra curarse. Para ellos, esto es una prueba.

Otra cosa importante es el idioma. Efectivamente, el idioma hace mucho, porque si no se sabe el idioma, no hemos hecho nada. Ellos nos expresan en su idioma los problemas, males que tienen, un hogar, una persona. Entonces, si uno sabe el idioma aconseja para que puedan recuperarse no solamente de una enfermedad sino también prevenirla. Como repito, tienen diferentes costumbres. En primer lugar uno tiene que ceder a sus costumbres, luego sugerir poco a poco y luego se logra; es lo mismo con las charlas, se logran poco a poco y ellos aceptan.

Participante.– Soy profesora y trabajo en la unidad de capacitación del área 56 de Puno.

Añadiendo a lo dicho, enfatizo sobre el otro factor desafavorable para ingresar a la comunidad. En cuanto a la atención tenemos 12 prioridades. Una de ellas es la atención a la madre y el niño, la planificación familiar, la paternidad responsable, etc. pero en varias ocasiones que hemos promovido campañas masivas respecto a la planificación familiar, nos damos con la ingrata sorpresa de que las madres de la comunidad no reciben bien esta situación de la planificación familiar; tienen sus grandes temores. Creen que, por ejemplo, produce el cáncer y algunas con métodos anticonceptivos, han logrado embarazarse. Entonces, yo pensaba que acá en Puno nos faltaba más investigaciones de la comunidad. Dentro de la comunidad dicen "hay hierbas" que incluso son usadas para planificar su familia, pero una serie de hierbas que no me vienen a la mente y tampoco tenemos la seguridad que sean efectivas o no. Tal vez sería conveniente que se lleven las hierbas y hagan un trabajo de investigación para ver de qué manera pueden ser efectivas.

En igual forma, incluso sobre algunas enfermedades como la tos convulsiva, que allá le dicen el caja–caja en el sector aymara. Después tenemos el sarampión que le dicen el pía–pía. Hay una serie de enfermedades. Por ejemplo, dicen que la tos convulsiva la curan con las api, que es un animalito que está en las chacras de papas. Es un animalito que en época de lluvia está bien gordo. Tiene una cantidad enorme de grasa y en la bolsa de papel se quedaba toda la grasa. He tenido la oportunidad de dar esto a mis hijitas, porque sufrían mucho de enfermedades bronquiales y nos daba temor usar ya tanto antibiótico.

También estamos influenciados con la gente de nuestra comunidad. Siempre estamos ensayando primero con la medicina casera y

luego, cuando vemos que no es efectiva, recién recurrimos al médico. Una señora madre un día se enfermó de tifoidea y mi mamá había agotado todos los recursos; había tomado cantidad de sangre de rana y al final la tuvimos que traer porque no le habían hecho bien todos sus ensayos. Yo pensaba que ese acervo que dicen que es don tan rico y que existe en la comunidad, debería ser investigado y así darnos algunas luces para ver si se puede recetar esto, porque la gente de la comunidad desconfía de tomar la pastilla que se le da, o los supositorios que se les aplica.

La mayoría de gente que va a la comunidad no sabe hablar el aymara, o si lo sabe tiene vergüenza de conversarlo, sobre todo las generaciones últimas. Además la gente no siente la misma confianza para hablar con una persona que no habla su idioma. Si uno, en su idioma, les pregunta por qué no aceptan esto o toman aquello, la gente de la comunidad se suelta y explica su desconfianza. Estoy de acuerdo en que las actividades en la atención primaria deben ser masivas.

Participante.– En el establecimiento de salud donde trabajo dejábamos que los pacientes eligieran de acuerdo a lo que el médico en su examen indicaba. Unas pedían espirales, otras pastillas, pero lo que más están aceptando es el método de la regla. Como decía el otro día el Dr. Enrique: no era mejor hacer esto masivamente sino preparar a la gente, trabajar en eso, capacitarla y estar seguro. Por ejemplo, yo recuerdo que hace años hicimos una campaña de vacunación. La vacuna venía en polvo y solvente sin ofender a nadie, pero en esa ocasión tuvimos varias practicantes a las que se les dio una charla previa a la campaña, pero sucedió que hubo alguna que vacunó sólo con el líquido y no con la vacuna. Por ejemplo, lo de la bolsita salvadora, cuánto no ha costado, al país y al ministerio popularizar la bolsita salvadora. Por esto, la población debe ir ganando confianza en nosotros, lamentablemente cuando vamos y queremos educar ya la gente desconfía. Creo que valiéndonos, como ustedes dicen, y recogiendo el acervo del pueblo debemos investigar si son efectivas esas hierbas, identificarlas, darles una cosa segura y no estar ensayando continuamente; todo el tiempo estamos en etapa de transición y ensayando con la comunidad. Dicen ellos "ustedes vienen, nos ofrecen y al final nada". Mientras ellos preparan su asadito, nos invitan. Uno se siente mal de volver a esa comunidad. Gracias.

Participante.– Con respecto a la planificación familiar, de acuerdo a nuestro punto de vista profesional es una agresión a la

comunidad cuando se impone y no se lleva antes a un análisis. Que sean ellos los que decidan libremente qué es lo que desean, porque no es el hecho de ponerse espiral como que fuera un objeto, sin darles la oportunidad de un análisis. Lo importante es que ellos sean conscientes de por qué han tomado una determinada decisión y eso es lo que no se está haciendo. Sobre todo, el campesino merece respeto y hay que darle la oportunidad para que él decida si planificar o no su familia y así llevarlo al análisis. Ahora, eso de que aceptan o no, la mujer campesina no acepta aquello que viene de un sexo opuesto. Por ejemplo, si está pelando chuño, uno entra y tiene que ponerse a pelar chuño. Hay que convivir con la comunidad. Es bueno saber todas las actividades del medio ambiente en que vive la familia campesina porque si yo no sé cómo se pela la quinua, estoy demás, soy una persona muy extraña mientras que si conozco todas las labores de la mujer campesina entonces es muy fácil la aceptación por parte de ellos. Una experiencia: La madre campesina, cuando uno se le acerca y le comienza a conversar en su idioma entre risa y risa, broma y broma y se le pregunta cuántos hijos tiene y conversarle poco a poco, así ella verá que sí es importante la planificación familiar. Cuando ella da su consentimiento, le preguntamos ¿qué te parece si hablamos con tu esposo? Esto no se da en una reunión sino en varias que uno tiene que llevar a cabo con ellas.

Vemos que vienen y vienen los hijos y creemos que la mujer está tranquila con tener y tener hijos. Eso tampoco es verdad. Ella siente el tener tantos hijos y a veces no tener qué darles, cómo vestirlos y cómo educarlos. Es una preocupación tremenda para la madre. Por eso ayer decía, en educación se margina a la mujer. Ella es la pieza fundamental de la familia; si ella dice esto vamos a hacer, el hombre dice bueno. Si ella dice no, es imposible cualquier actividad que nosotros queramos hacer.

Es cierto que todo debe ser para la familia, pero si logramos producir el cambio en ella, la influencia va a ser mayor porque ella está el mayor tiempo con sus hijos.

Es ella la que participa en todas las actividades. En las reuniones grandes es ella la pieza. Si mi mujer dice eso, eso es, dice el esposo. Estas cosas muchas veces no conocemos. Debe hacerse de tal forma que un familiar no tenga que imponerse sino dejar a plena libertad a las personas. Hemos observado también que para estas actividades se asignan personas así porque así, sin tener en cuenta qué grado de preparación tienen, qué profesional es. Creo que no todos podemos

ir a cumplir esa actividad. Ese es otro problema por qué, por ejemplo, yo no podría ser capaz de ir a trabajar con un ingeniero constructor, porque desconozco su campo. Tendré ideas vagas pero eso no me da a mí la seguridad para poder impartir a la comunidad experiencias y recoger también las experiencias suyas. Con relación a la Medicina Popular, yo creo que precisamente los equipos son bien conformados, este equipo también tiene que tener la inquietud de investigar. Hay cuánta bibliografía sobre la Medicina Popular. Lo único que tenemos que hacer es leer bien y esto que si es o no positivo, opinamos que sí lo es. La Medicina Popular hay que aplicarla oportuna, no tardiamente y además la evolución de las patologías con tratamiento de Medicina Popular es lenta, no es rápida, pero hemos visto que no produce esos daños colaterales. Gracias.

Participante.— Referente a atención primaria, puedo indicar específicamente retomando una experiencia del sector Ilave, especialmente de las comunidades aymaras. He tenido una experiencia de tres años y en el Ministerio de Agricultura también 5 años, especialmente en el sector quechua.

He visto completamente que la atención primaria dentro de este contexto de seres humanos realmente no se da como debe ser o como se plantea en la teoría, de acuerdo al planteamiento de salud.

En el hospital de Ilave hemos tratado de realizar una planificación familiar. Se dice que las ideas que predominan son las de la mujer, pero en los 6 años que he podido vivir con el sector quechua y aymara, me he dado cuenta que las ideas que predominan son las del padre. En algunas comunidades, la madre y el padre son los que deciden. Si a una mujer se le dice si quiere planificación familiar o no, ella dice: "tengo que consultar a mi esposo". Si hubieran decisiones de la mujer, ella diría yo quiero planificación familiar, que me intervengan o me pongan un espiral o me realicen una ligadura de trompas. Tienen que decidir en la célula familiar. Gracias.

Participante.— Respecto a la decisión de la mujer en el campo, tanto en grupos como en comunidades, he trabajado bastante tiempo en estas áreas. Nosotros, tanto médicos como enfermeras, elaborábamos el manual de funciones de la comunidad, lo mismo que en una empresa su reglamento o estatuto. Después de presentado, si la mujer da su Vo. Bo. y acepta, vale. Si no, la familia dice que ese reglamento no es válido y por lo tanto no están de acuerdo los otros con lo que ahí está escrito. Lo que la mujer determina en el campo es decisivo. He tenido experiencia en varias comunidades.

Participante.– Trabajo en la comunidad Arapa y soy enfermero del Sector Salud.

Quisiera apoyar lo que dice la señora que se ha visto bastante en el sector Arapa, que la mujer en muchas cosas es la que decide. Por ejemplo, hablando ahora un poco de planificación familiar. Ellas casi siempre vienen a pedir, pero lo que hacemos nosotros es que ellas puedan hablar con el esposo, que la decisión sea de ambos para que la cosa sea hecha correctamente.

En cuanto a la parte económica, muchas veces es el hombre el que da más dinero, jornales, cualquier cosa, pero es la mujer la que decide en qué se va a gastar. Son muy pocas las señoras que ven que hay una serie de obstáculos que no permiten cristalizar esas teorías. Primero, por la falta de presupuesto y segundo por la falta de movilidad.

Hay muchas instrucciones del equipo multidisciplinario. Como segundo punto puedo indicar que la capacitación es muy importante para analizar la atención propiamente dicha a la población a través de la curación y también a través de la utilización de medicina. Porque si nosotros nos constituimos un centro rural, de nada nos serviría llevar la medicina y dársela al paciente si éste no entiende sobre el problema de salud. Esas son observaciones que he podido hacer de las salidas que hemos tenido a diferentes comunidades.

Asímismo, puedo precisar que hay una marcada diferenciación entre el hombre y la mujer. Pienso que no es la mujer a la que es debe cambiar, sino a las nuevas generaciones, a los niños especialmente. ¿Por qué? Yo tengo una experiencia fundamentalmente en trabajo con las madres de familia.

En su mayoría, la mujer puñena es netamente analfabeta. Se puede decir que la mujer en el campo se siente tranquila ahí en lo suyo. El hombre estudia hasta máximo 5to. de Secundaria. He tratado inclusive de combinar con el sector educación charlas y cursos de alfabetización. Sin embargo, como conclusión han pasado 3 años y las señoras no aprenden a leer ni escribir. Son gente que ya tiene una idiosincracia y eso es difícil cambiar.

He luchado bastante tiempo para que cambien y ha sido imposible. Quizá dada su situación económica, de indigenismo y a la situación de explotación que viven entre ellos. Digo esto porque dentro de los campesinos también hay explotación, Por ejemplo, unos cam-

pesinos que tienen más propiedades y ganado, los botan a los que menos tienen.

Pienso que son experiencias muy valiosas que se deben tomar en cuenta. Ahora, se habla de una planificación familiar. También no deciden, no ven. En su mayoría, son ellas las que deciden, qué no ven. Cierto que para ellas lo qué es más importante es la casa, para la chacra y para comer.

Con respecto a este otro aspecto de la atención primaria, desde que yo trabajo, en 1980, se ha dado promoción y prevención a través de charlas en cuanto a diferentes actividades como es planificación, horticultura, ganadería, porque estábamos trabajando con el proyecto PROCESUR del Gobierno Suizo. Se ha promocionado bastante y no hemos forzado a nadie. Son muy pocas personas las que han respondido respecto a planificación familiar. Se han respetado bastante las ideas propias. Las charlas no han sido impositivas, eran las comunidades las que veían qué necesitaban. Si ellos nos solicitaban horticultura, pues íbamos en ese plan para ver el mejoramiento de verduras, huertas familiares o comunales. Incluso, en otros sectores nos pedían arborización. Hemos respetado mucho el pedido que la comunidad nos hacía. No yendo sólo como salud, porque en salud nos ponen programas diversos para cumplir. Sin embargo, en gran parte hemos tratado de dar solución y dar apoyo a lo que ellos nos pedían. A veces solicitaban veterinario para ver el ganado y se tenía que tratar de una respuesta hasta cierta medida.

En cuanto a salud tengo otra experiencia en el país. Por ejemplo, antes teníamos el PAMI en el centro de salud de toda la jurisdicción. Y cuando la gente supo que ya no iba a haber, no hubo una respuesta negativa sino al contrario; se fue trabajando con ellos en un sentido de respeto y de trabajo porque ya se había hecho bastante trabajo de horticultura, de ganadería y fue una cosa muy buena. Hasta ahora la gente responde hasta cierta medida, siempre combinando los partos con los curanderos.

Incluso los promotores de salud son ellos los que trabajan con la medicina popular. Lo que tratamos de hacer en el centro es acercarnos a la persona, sin darle mucha importancia al comienzo a la enfermedad de esta persona, sino antes que nos cuenten. Primero demostramos confianza, siempre respetando la intimidad de la persona.

Al menos hemos tratado que la gente coja confianza. No voy a decir

que se ha logrado 100o/o pero algo. Gracias.

Participante.– Actualmente, trabajo en el Hospital de Puno, dentro del programa que mencionó la madre Rosa. Es cierto que realmente nosotros hemos tenido un apoyo de PROSESUR que nos dio más facilidades de proyectarnos. Es así que el médico permanecía una vez a la semana en el centro de salud; el resto del día era para el campo a fin de practicar las medidas de prevención con enfermeras. Respecto a eso hemos visto si la comunidad intensificaba sus problemas de salud. Ellos no priorizaban los problemas de salud. Decían que en primer lugar estaba su agricultura. Nos hemos dedicado, como ya ha mencionado la madre Rosa, a ver su problemática. Decíamos que era importante tener sus hortalizas, verduras, porque de nada nos hubiera servido poner la educación sobre la alimentación. Ellos mismos decían que siempre se les hablaba sobre eso, pero qué cosas iban ellos a consumir.

Hemos tenido que optar por lo que ellos dicen y coordinar con los demás sectores. Hay un problema, los médicos han conseguido por decir 1,000 árboles y nosotros como "contrabando" 5,000, en forma escondida, para que nos acepte la comunidad. Por supuesto, esa no era nuestra labor tampoco era del médico ni de la enfermera, era de otro Ministerio. Realmente, hay trabajadores en ese ministerio, hay horticultores en ese sector, pero quizá ellos no ven ese problema, no se compenetran con eso y nosotros tenemos que lograr la participación por ese lado. No podemos negar que la comunidad participaba. A veces decían "yo necesito el mejoramiento de mi carretera". Esas eran cosas que no podíamos ayudar. Muchas veces decían que para que nosotros vayamos, ellos lo iban a arreglar. No eran ni siquiera necesarios caminos para ir allí. Ponían su mano de obra. Todo para obtener un beneficio hacia ellos. Cuando hemos invocado sobre la crianza de animales menores – conejos, aves, etc.–. en varias comunidades hemos logrado bastante.
Luego, nosotros les decíamos que queríamos hablarles de salud, tácticamente.

¿Cómo era el problema que teníamos sobre la vacunación? ¿A qué se debe? Se veía que anteriormente trabajaron con compañeros que quizá se las aplicaban sin explicar cuál era el bien a obtener. También hay que saber comprender a la comunidad respecto al horario de trabajo que ella tiene. Hay que cumplir con la comunidad por más que haya una huelga porque espera ese bien. Eso influye igualmente para conseguir la participación de la comunidad. En ese caso, nosotros también decíamos que habíamos preparado promoto-

res de salud. Los promotores de salud también, si bien es cierto que nos hemos equivocado, no habían podido dar de su mano. Realmente, nosotros habíamos dado la parte recuperativa y también parte de prevención, pero a ellos les gusta más la parte recuperativa. Hemos tenido prácticamente este error, porque en fin nosotros teníamos que confiar en los promotores, en las personas que estaban ya vinculados con los curanderos. Esos son los mejores resultados porque los curanderos, como ya tienen la medida tradicional, la utilizan. El parto preventivo se ha visto en algunas comunidades y esas son las que actualmente están trabajando. La parte económica es muy diferente en la zona de Azángaro de la Aymara. En la zona Aymara yo veo que todo lo ven lucrativo. Por otra parte, en cuanto a la participación, yo creo que todas las instituciones debemos hablar en un mismo idioma para penetrar en la comunidad, decir esto vamos a hacer y hacerlo todos. No excluyo a educadores porque quizá ellos han tenido mayor ascendencia en la comunidad. Mediante el profesor hemos logrado su participación. Siempre buscando que sea en conjunto, se logró. Sería bueno y provechoso que el resto de instituciones se integren a este método de trabajo. No solamente yo voy a hablar de salud. La motivación debemos tenerla todos aquí, así sea profesora. A ver si la enfermera dice: me toca, voy a motivar y si habla la profesora dice: por qué la profesora. La unión de todos los sectores es importante y que hablemos un solo idioma.

Moderador.– El tipo de exposición del Dr. Duncan Pedersen ha seguido todo un proceso que creo va a servir particularmente para estimularnos dentro de la totalidad del tema en algunos aspectos específicos que creo puedan tener alguna relevancia para el área que estamos tratando acá en Puno.

En este sentido, yo creo que algo que pudiésemos nosotros esforzarnos en profundizar con la contribución de las personas que conocen esto directamente, es aquello relacionado con estilos de vida, o sea en qué medida pudiera tratarse en esta reunión los aportes que se tienen de la experiencia directa, en cuanto a estilos de vida en Puno que puedan derivarse en Salud Mental, en el tema Salud Mental, en si, y también en asuntos relacionados al desarrollo humano, que es lo que el Dr. Pedersen ha acotado.

Yo creo que alrededor de estos dos aspectos tendría que iniciarse tal vez una contribución que fuera enriqueciéndose con los otros elementos que se han tratado.

Participante.– Quiero iniciar mi intervención indicando que el concepto que se tiene sobre la enfermedad del hombre del Altiplano ha sido un concepto integral que se ha adelantado en muchos años en siglos, al concepto actual que tenemos de salud o que ha sido determinado por la OMS. En efecto, para el campesino o el hombre del campo, la salud tiene que ser un estado de bienestar orgánico, de bienestar mental y sobretodo de "bienestar económico". Este concepto de la economía dentro del aspecto de salud es importante para el hombre del ande, porque una de las preocupaciones más fundamentales es tener todos los elementos necesarios para subsistir, vivir bien, y mantener a su familia. Entonces, es por eso que observamos, por ejemplo, que el curandero sea importante, es decir los curanderos de la región.

No solamente se preocupan, digamos, en su pronóstico o en sus intervenciones curanderiles sobre la enfermedad propiamente dicha, tal como la conceptuamos nosotros; sino que se preocupan por las pérdidas económicas que han tenido, los robos que ha sufrido la persona porque eso también constituye una especie de enfermedad. Por eso, tambien el hombre del Ande visita al curandero, al andino, a este hombre que se dedica a la Medicina en el medio rural. También a él acuden no sólo a consultar sobre su enfermedad, digamos que le duele el estómago, la cabeza, sino que debe decir, por ejemplo, si conviene que haga un negocio, si conviene que compre una casa, si conviene que compre una vaca, si conviene que viaje o no viaje... El concepto en el medio rural sobre salud es mucho más integral; para mí, me parece que es un concepto mucho más real porque tenemos que pensar que "el ser pobre ya es enfermedad". Este concepto ya lo han tenido nuestros campesinos y es necesario que lo valoremos y lo revaloremos, porque yo creo que ellos dentro de su cultura han tenido concepciones muy importantes que se han adelantado a lo que posteriormente los organismos oficiales han determinado.

Participante.– Me parece que un punto importante a tratar en la Investigación en Salud Mental es la prevención. ¿Cómo las culturas tradicionales tienen ciertos enfoques de prevención de Salud Mental? Y apoyándome en lo que dice el Dr. Frisancho ¿cómo los curanderos al adivinar la suerte de la gente, hacen el papel preventivo en las enfermedades? Quizás es un punto en el que debamos ahondar en la discusión de grupos.

Participante.– Un aspecto al cual quería referirme es el relativo al concepto de salud mental. El concepto de salud mental, que si

bien todos entendemos como un estado mental, biológico y social en la forma en que posteriormente se desarrolla, pareciera ser que se sigue teniendo como un concepto de ausencia de esta realidad, sin enfatizar todo lo necesario o todo lo conveniente sobre aquello que explica el desarrollo humano. El desarrollo humano, los aspectos culturales que tienen que ver con ese desarrollo humano y no solamente los aspectos culturales sino las circunstancias concretas de vida a las que toca enfrentarse a cada ser humano. Esto es un aspecto que deseo plantear.

Otro planteamiento que quisiera hacer es algo sobre la diferencia que se establece o se estableció entre este concepto de lo psicológico y lo socio-cultural. ¿Hasta dónde lo psicológico y hasta dónde lo socio–cultural? Posteriormente, también enfatizar el papel de la educación dentro de la Salud Mental, la relación entre educación y Salud Mental, la educación y Salud Mental, la educación para la Salud Mental, para el desarrollo humano, educación en Salud Mental, educación en condiciones de Salud Mental, en condiciones mínimas de Salud Mental.

Participante.-- Pienso que en relación con el tema abordado, que ha incidido fundamentalmente en el estilo sugerido y su relación con la Salud Mental y el desarrollo humano en cuanto a Puno, deben tomarse en cuenta otros factores lo cual creo sería muy importante. En este aspecto, los factores de orden climático, por ejemplo, la sequía, las inundaciones, las heladas tienen que ver, por ejemplo, con la disposición de las semillas para solventar las necesidades de la alimentación. Seguramente que crea una serie de cuadros al borde del desarrollo de la vida humana o también todo esto conduce a las migraciones.

Son conocidas las migraciones a la selva, a la costa, etc., que llevan consigo una serie de problemas y adaptaciones. Creo que estos factores de orden climático señalan que las condiciones que ofrece Puno para el desarrollo de la vida no son las más propicias, pero seguramente habrá que brindarle una serie de soluciones.

Otros factores que podríamos señalar en esta relación son los que tienen que ver con la estructura económica, por ejemplo, en relación fundamentalmente con la tierra, este fenómeno tan conocido de la concentración latifundaria, por un lado, y por el otro el minifundismo que se observa en las comunidades etc. La concentración latifundaria que todavía persiste en las empresas de propiedad social,

en las cooperativas agrarias del país, creo que es factor condicionante y determinante del desarrollo humano en Puno.

En torno a esta estructura son conocidos los conflictos permanentes que se dan en el interior de las empresas, de las unidades, los juicios de tierras, etc. que van creando una serie de trabas y perturbaciones. También en relación con la concentración latifundaria podemos ver los efectos que ésta tiene, la persistencia de la estructura vertical que no se ha roto en las empresas que se han formado, que se mantiene, y se resuelven también una serie de conflictos. Otro aspecto dentro de las empresas, de las unidades: también observamos una apropiación distinta de los recursos, viene a ser de los pastos, de la tierra, lo que también seguramente repercute en el desenvolvimiento de la vida humana.

Finalmente, creo que otros factores serían de orden geográfico: el crecimiento rápido de la población, hablando de un crecimiento absoluto de la población. No obstante que disminuye relativamente la población, hay un crecimiento absoluto, hay más gente en Puno. Se tienen que compartir los recursos ciertamente escasos. Hay que tener en cuenta también las migraciones. En relación con estas migraciones las hay de gente que ha estado en el norte, en Lima y que vuelve a sus comunidades de origen, a sus empresas de origen, y se producen toda una serie de conflictos de orden generacional, que tendrían que ver con los cambios de los que habla el Dr. Pedersen. También creo que habría que examinar estos estilos de vida y este desarrollo humano con el efecto que tiene la asistencia estatal o la asistencia privada. Sabemos que en Puno en este momento hay por lo menos unos 70 u 80 organismos que tratan de influir en una u otra entidad humana y que crean cuadros de desasosiego. También están, por último, todos los procesos que tienen que ver con la modernización, el efecto de los modelos de consumo, la demanda de los proyectos industriales.

Seguramente, se crean una serie de cuadros de frustración y si a todo esto sumamos los cuadros de pobreza, entonces es sumamente doloroso. La situación, por todo lo memoriado hasta ahora es sumamente compleja. Seguramente, como indica el doctor Pedersen, tienen que llegar a un acuerdo los diversos especialistas, la misma población a la cual se pretende desarrollar entre comillas, creo que todo esto es sumamente difícil.

Participante.– Quisiera comentar algo de lo que ha dicho el doc-

tor Héctor Martínez. Dice que los factores son sumamente adversos en el altiplano. Yo no lo considero así. Hay pruebas sobre ello. Hay factores sumamente favorables para la vida en el Altiplano. Las grandes culturas siempre se han desarrollado alrededor de los lagos, de las fuentes lacustres, las grandes cúspides de los ríos. El Lago Titicaca ha sido el centro de grandes culturas como Tiahuanaco, Pucará, los Jatuncollas. Han habido poblaciones enormes. Cuando Cieza de León llegó por primera vez al Altiplano, se admiró de encontrar la gran cantidad de ganado, de camélidos, la gran población en el Altiplano. Se quedó admirado y buscó las crónicas de los relatos. De manera que hay factores favorables, hay caza, hay pesca, había abundancia de pescado que hoy día ha desaparecido por acción del hombre. El hombre es un depredador y muchas de las condiciones que eran favorables antes han desaparecido. Digo hay ganadería, porque aquí existían gran cantidad de camélidos que han sido depredados también. Habían llamas, vicuñas, huanacos en cantidades enormes que hoy día están desapareciendo. Habían aves de múltiples clases, peces de muchas variedades y varios de ellos han desaparecido. De manera que las condiciones éstas favorecieron en realidad la existencia de esas culturas de grandes poblaciones.

Una cosa importante que también ha mencionado, el factor tierra, el factor producción, importantísimo dentro del concepto de enfermedad. Tenemos el concepto de la "Pachamama". Entonces ellos consideran que cuando no se da la debida importancia a la concepción de la "Pachamama" vienen una serie de enfermedades y trastornos ecológicos: lluvias, sequías, granizos, son castigos de las divinidades para el hombre que no rinde culto a la "Pachamama". Todo esto es importante porque también influye en la concepción de una enfermedad que es el "jipisca", o sea el que es agarrado por la tierra, porque no venera la tierra que lo nutre, que le da los productos para su sustento, para su vida; entonces ese ser la tierra que es una diosa, se enoja y castiga al hombre produciéndole una enfermedad. Ahí tiene que intervenir el curandero para deshacer la enfermedad ofrendando productos a la Pachamama. Igual es cuando uno se traslada o construye su casa, tiene que realizar una serie de ritos para poder habitar esa casa, porque si no hace estos ritos a la vivienda, que también es una divinidad, va a sufrir una serie de enfermedades.

Quiero relatar una cosa sorprendente, de la cual yo he sido testigo: Había un ingeniero que construyó una linda casa y se trasladó con su familia. La abuelita les decía: "Debemos hacer pagar la tierra, hacer todos esos cultos para que no nos haga daño la casa nueva". Nadie le hizo caso, por supuesto, y uno de los niños comenzó a

enfermar y con mucha frecuencia. La abuelita repetía lo mismo y nadie le hacía caso. Finalmente, tuvieron que hacer llamar a un curandero y desapareció la enfermedad del niño. Realmente, yo no sé si sea una coincidencia o no. Lo pongo como un ejemplo de un aspecto cultural importante.

Participante.– Creo que volviendo a lo de ayer, cabe señalar el hecho que nosotros estamos viniendo de Lima exclusivamente a aprender. Lo único que yo podría señalar adicionalmente a lo que se ha tratado acá, es la importancia de irnos introduciendo en los significados de lo que se está exponiendo. A medida que nos acerquemos a la semántica e intruducciones entonces yo creo que vamos a ir concibiendo una base sólida sobre la cual seguiremos avanzando. Por ejemplo, algunos estudios que se han hecho en y sobre Puno, son ignorados.

Mi última experiencia consiste en haber trabajado alrededor de 15 años precedentes en el Larco Herrera, en el cual durante largo tiempo tuve una población procedente de Sierra.
Pero en todo caso, yo creo que lo que usted señala en el asunto de la economía es muy importante, pero tal vez se enriquecía más la contribución si nosotros comenzamos a buscar el significado de la economía.

El hombre natualmente es un proveedor. Se me ocurre, por ejemplo, que en las zonas rurales, este rol es muy evidente. Se da en un cotejo directo con la naturaleza, es decir la economía de la gente que está en contacto directo con la naturaleza. La economía no se resuelve a través de una ventanilla de pago. Como consecuencia, el significado que asocia la respuesta económica con el trabajo, con la asociación social, con el cumplimiento de los ritos, etc., es una cuestión trascendente que no puede ser superada, por ejemplo, a través de una huelga que me haga ganar más a mí a través de una ventanilla de pago. Entonces, si nosotros nos acercamos, por ejemplo, a ver cómo la comunidad enseña esto a los niños, en qué momento los niños comienzan a tomar conciencia de la importancia de estos asuntos económicos y de su propio rol, podríamos asociar las posibilidades de aprendizaje. Nosotros hemos escrito algunas cosas a raíz de una experiencia larguísima que tuvimos de rehabilitación. El sujeto a través del trabajo rescata su "autentismo", cuando el sujeto de la sierra enferma piquiátricamente y va a un hospital. No tiene nada que hacer, no tiene ningún reconocimiento y está perdido entre otras culturas. Entonces, vimos cómo él iba rescatando y organizando toda una continuación de salida, no solamente de conductas sino de afec-

tos. Entonces, por ejemplo, se ha mencionado muchas veces que el sistema educativo no provee los conocimientos si no hay otro factor también importante y, alguna vez, nosotros pensamos, se puede dar el hecho que es distinto lo que yo aprendo de mis padres, de mis hermanos a lo que ustedes.

Entonces, esto si lo vamos pensando así nos vamos acercando a que el significado del aprendizaje para el trabajo, para el desarrollo de la economía es distinto y que la asociación economía, aspecto social y psicológico se dé con más intimidad y sea más integrado cuando está en la comunidad.

Participante.— En realidad en el campo el niño desde muy temprano se convierte en un agente de la economía porque desde ese momento tiene que colaborar al trabajo de la familia. Por ejemplo, desde muy temprano él tiene que ir pastando y cuidando las ovejas y el ganado mientras los padres están haciendo otro tipo de labor. Bueno, esto es importante y todo lo que aprenden lo van aprendiendo paulatinamente junto a sus padres. En la escuela aprenden algunas cosas.

Es interesante hablar aquí de las escuelas que deberían reactualizarse e imitarse. Esto es, escuelas oficiales que fueron implantadas hace unos 50 años, cuando habían muy pocas escuelas en el Altiplano, escasísimas escuelas, casi en las capitales de provincias o distritos importantes. El campesino, por ejemplo, para ir de una comunidad a una escuela tenía que caminar unas dos a tres horas, llevando indudablemente su merienda para, a medio día, comer algo y volver por la tarde a su vivienda. Entonces, esto hacía que muy poca gente acudiera a las escuelas de la comunidad.

Manuel Núñez Butrón era un médico con esa concepción integral de lo que debe hacer el médico. Pensó que una de las cosas más importantes era crear escuelas para educar a los campesinos para que aprendieran a leer, a escribir y a tener los conocimientos necesarios para superar su estado. Entonces, creó escuelas donde escogió muy pocos maestros titulados, porque habían unas escuelas de normalistas en Lima que no podían abastecer a todo el Perú y entonces habían maestros improvisados, indudablemente. El escogió a los campesinos que sabían leer, a esos los puso de maestros para que enseñaran a leer y a escribir; escogió a los artesanos, a los que sabían hacer quesos. Por ejemplo, en la escuela enseñaban a hacer quesos a los alumnos; habían que sabían hacer ojotas; los que sabían hacer sombreros o eran sastres, enseñaban lo que sabían. Luego, en estas escuelas impartían una educación integral, hasta que salía el

estudiante sabiendo leer y escribir. Además sabía una serie de oficios que le permitían desenvolverse en su comunidad muy fácilmente, digamos, porque era un verdadero productor, entonces, para mí, estas escuelas integrales así las llamo yo, considero que deberían reactualizarse en nuestra realidad campestre, para que no solamente salga, digamos, el muchacho sabiendo leer y escribir, como salen ahora, sino sabiendo hacer algo, siendo un agente de nuestra economía.

Participante.– Tal vez un aspecto que influye en la Salud Mental es el hecho de que la gente, por estar sometida a determinados riesgos en el aspecto climatológico, está desarrollando una serie de estrategias que le permita compensar en parte las pérdidas que tiene, ya sea en años de sequía o en años de inundación. Entonces, estas técnicas, estas estrategias que están adaptando, están permitiéndole, por una parte, recibir algunos apoyos sobre todo en alimentos que no son propios de este medio.

Por otro lado, produciéndose esta escasez y sabiendo qué se avecina, no se sabe si habrá sequia o inundación, el poblador puneño no solamente del campo, entra en un estado de stress emocional. En el campo, porque la producción va a disminuir, no se va a tener los medios necesarios para subsistir en relación al poblador. El hecho de que esta disminución en la producción ocasione el encarecimiento de estos productos, dificultará los medios para conseguirlos. Esto trae también consigo la apertura, la incidencia de estamentos, instituciones, ya sean nacionales o internacionales que vienen a ofertar servicios, que vienen a ofertar productos para ayudar al poblador. Entonces, se crea un círculo vicioso.

Participante. – Tendríamos que tener en cuenta que en el campesino lo que más influye son sus creencias mágico-religiosas y el aspecto económico, porque alrededor de ello gira toda la vida del campesino. Eso tanto en el sector aymara como en el sector quechua y en bastantes comunidades campesinas.

Participante.– Yo quería hacer algunas reflexiones con el propósito de sugerir algún tema en el aspecto de investigación. A partir de algunos de los planteamientos o ideas que se han dado, exponiendo algunos de estos o de estas de corte vivencial y otras que son más matizadas, me parece que hay bastante coincidencia en algunos de estos aspectos. Se habla de cultura y de actividad económica y ese es un eje que se ha subrayado bastante.

Participante.- Continuando con el aspecto de la comunicación, se manifestaba dentro de los planes operativos a nivel de los diferentes sectores de la administración pública, que generalmente no se considera el rubro de la comunicación; y decía si se conociera es algo relacionado con las acciones de capacitación y nutrición; especialmente referidas a la capacitación de personal o de la publicación de base, más no la comunicación relacionada a las acciones concretas que tiene cada sector. Entonces, en ese seminario se evacuaron algunas conclusiones y recomendaciones que han sido alcanzadas a nivel de los ministerios.

Sin embargo, confrontamos que no se da tal capacitación. Por el contrario, se cuestiona esto cuando no es malo divulgar todo un rubro de comunicación en un plan operativo.

Sin embargo, la población que será la beneficiaria podría presionar a las instituciones que se cumpla, sin tener en cuenta que muchas veces los recursos presupuestales son objeto de recortes por estrategia; con la población de la ciudad hay que tener cuidado. Entonces, pienso que es un problema que con este gobierno, como hay ahora todo un programa de cómo tratar de superar el problema de la burocracia, creo que sería oportuno seguir cuestionando este problema de la comunicación. Estamos haciendo comunitario este nuevo proyecto de la Salud Mental y tratamos de democratizarlo.

Participante.- Sobre la comunicación. Me parece que las instituciones públicas limitan el trabajo de los subordinados. Se manda a hacer un proyecto operativo donde participan los jefes de unidades, jefes de sectores; y a los empleados les dicen "ustedes me hacen éso, ésto y éste" y el empleado no sabe para qué hace y por qué hace, pero eso es lo que tiene que hacer. Muchas veces se desperdicia capacidad humana, pero si a ese personal se le diera la oportunidad de también participar activamente en este programa, pues sería más completo.

Luego, algo muy importante, y también es este aspecto que interesa bastante a los psicólogos de la comunicación, es el hecho de cómo abordar a la gente de acuerdo a su idiosincrasia, de acuerdo a su forma de vida. Por ejemplo, viene un paciente de una comunidad con un problema X y muchas veces a nosotros en universidades no nos han capacitado para cómo saber abordar a este tipo de gente. Para ellos, si uno se presenta en sport y no tiene el mandil blanco, no es médico. No se da a nivel de las universidades, a nivel

de profesionales el conocer a la gente y esto porque no hay estudios sociológico, antropológico, psicológico, del tipo específico de la gente que vive en diversas zonas. Sería muy importante para esto de la comunicación recomendar, por ejemplo, en los institutos superiores pedagógicos que se den cursos de relaciones humanas a los profesores que son ellos los directos encargados de llevar la cultura hacia las poblaciones, son los directos encargados de tener el modelo específico genuino. También se debería recomendar en las universidades que se hagan programas de investigación para conocer la idiosincrasia del poblador de la zona, partiendo desde cosas muy simples, hábitos de vida, vestimenta, el por qué se visten así o por qué no se visten así; ellos tienen una organización social que muchas veces nosotros por prejuicios dejamos de lado y a veces la consideramos folklórica y fuera de sitio, la que en realidad es importantísima y si nosotros conociéramos ésta sería fabuloso.

Hay un gran problema con el cual yo siempre he chocado en el Cuzco, yo soy de allá pero no sé quechua, me es difícil aprenderlo o hablar y no se puede atender a los pacientes de allá, quechuablantes; necesitamos un intérprete y éste no lo hace como debiera.

Es muy importante aprender el idioma de donde estamos, no dar importancia a cuestiones extranjerizantes, de fuera. En Cusco se nota bastante esto y todo es extranjero allá, todo es U.S.A. y las mismas promociones de colegios en vez de ir a conocer el país, salen para Bolivia, Brasil, Chile y no les interesa ir para el Norte, a la Selva, a Puno. No hay difusión de nuestra propia cultura. Para conocer al resto de gente, debemos empezar por conocernos. Pienso que todas estas ideas de investigación aportan algo y son recomendaciones para los centros de instrucción.

Participante.- Para solucionar o plantear una alternativa a nivel de instituciones intersectoriales, yo propondría que los directivos de estas instituciones podrían por lo menos acompañarse por el relacionista público que tiene cada institución, porque los directivos van a las reuniones, anotan muy bien en sus cuadernos y como tienen tantas preocupaciones regresan nuevamente a la oficina y se olvidaron de la reunión que tuvieron a nivel multisectorial. Las personas que van a participar en tales planes se ven en un caso y no saben qué hacer. Se ven en stress personal. El directivo por lo menos debería ir con su relacionista público para que le haga recuerdo de los trabajos que tiene a nivel multisectorial y también que comunique a la comunidad lo que se va a hacer.

Hemos tenido alguna experiencia, como les decía, en la gerencia de desarrollo comunal en la cual han participado tres sectores. Lo que ocurre es que, también es muy importante, debe haber un líder dentro de esa institución y en las otras instituciones que haga recordar a todos los directivos sobre qué es el trabajo multisectorial. Podría comentar una experiencia sobre esta gerencia de desarrollo que manejoó el señor Salcedo. El es muy hábil y fue el Presidente del Comité Ejecutivo de la Gerencia de Desarrollo. Vió que los directivos de los tres sectores no funcionaban a pesar que se anotaban y se tomaban acuerdos. Empezó a comunicar que se había tenido un acuerdo y que se iba a realizar tal cosa, por decir, la campaña de vacunación. Esto lo comunicó a Educación, a Agricultura, a Salud, directamente a las personas que ejecutaban y de esa manera ya sabíamos lo que íbamos a hacer. Por ejemplo, Educación se comprometió y nos reunió a la parte ejecutiva y nos dijo iba a hacer educación.

Fuimos a trabajar con los niños del jardín, salíamos con las pancartas, íbamos a los desfiles, a hablarles a sus mamás, a mandar una comunicación indicando que todos sus niñitos menores de cinco años debían ser vacunados. Agricultura se comprometió a que con los promotores de su sector iba a dar a conocer a los del grupo que se iba a realizar la campaña de vacunación. Era una difusión masiva. Dijeron que se les podía decir que pusieran su música; salieron y dieron su zampoñada. Todo el mundo participaba. Frente a ésto, se vio el celo de los directivos. Se ejecutó esa acción a nivel multisectorial pero a nivel de la parte operativa ejecutiva. Terminó y al día siguiente todos fueron llamados a la dirección. Nos dijeron que por qué se habían saltado los conductos regulares y quiénes éramos nosotros para tomar decisiones y que por qué ese gasto. Le empezaron a hacer un problema al señor Salcedo. Por eso yo digo que una alternativa sería que por lo menos los directivos lleven a sus relacionistas públicos para que se les haga recuerdo a ellos mismos que comuniquen a la parte operativa, diciéndoles que se ha tenido tales acuerdos y al director de esa institución para que vayan teniendo conocimiento. Ahora último he observado en el área hospitalaria de Juli que el director es muy hábil. El va a todas las reuniones de todos los directores de las cinco áreas.

En Juli, por ejemplo, los reúne a todos los que están dirigiendo, por lo menos son jefes de unidades o de departamentos, jefes de los puestos sanitarios. Los reúne y les comunica que el día sábado hubo tal reunión y los acuerdos que se tomaron y les pregunta qué obstáculos ponen ellos.

Participante.- Retomando el programa que hemos visto de la comunicación acá en nuestro trabajo, pienso que nosotros deberíamos llevar a cabo este trabajo que vamos a realizar con bastante cuidado, teniendo en cuenta qué lineamientos de trabajo vamos a priorizar en esto de la comunicación, dado que la comunidad es muy importante, como decía el doctor Pacheco, y el idioma nativo. Si nosotros les hablamos a los de la comunidad con su mismo idioma, nos entienden mejor y se sienten más identificados con nosotros y nosotros hacia ellos. Con estas actitudes demostraremos que estamos también preocupados por sus problemas.

Quizá en un primer momento el trabajo que vamos a realizar sea frustrante para nosotros, dado que este trabajo en Salud Mental recién se va a implantar aquí en Puno. Lo que va a pasar es que quizá en los primeros días de trabajo tengamos algo de desaliento, de frustración; pero si nosotros estamos preparados emocionalmente para llevar adelante esto sin torcer los brazos y seguir hasta conseguir nuestro propósito, creo que va a dar resultado. Vuelvo a remarcar que nuestro compromiso tiene que ser firme y comprometernos a trabajar para que esto siga adelante.

Participante.- He escuchado algo muy importante de la señorita y de nosotros mismos.

En este caso, es muy importante la vocación de la persona, la vocación de servir. Nosotros podemos ser médicos, psicólogos pero si no tenemos esa vocación para desempeñar esa carrera, si no estamos preparados y no tenemos el gusto, las ganas para hacerlo, no lo vamos a hacer bien; y este problema viene desde las universidades, desde la juventud. No se imparte una orientación profesional adecuada. Entonces, para poder hacer algo bien tenemos que gustar lo que vamos a hacer, muchas veces las remuneraciones económicas no van a ser las más adecuadas. Muchas veces, si yo prefiriera me quedaría en el Cusco feliz y contento y no vengo al frío de acá, pero es gusto, vocación hacerlo. Es muy importante tener ese compromiso cada uno, con cada uno de nosotros mismos y eso compartirlo con los demás. El otro aspecto es que hay un problema a nivel directivo y también lo conversamos con el doctor Tejada hace un momento y con personas de confianza. La persona merece el puesto, sin embargo, lo quitan de ahí porque no estaba vinculado. El problema también es de personas. Muchas veces puede ser la persona más capacitada pero si no tiene esas ganas, ese gusto de servir a su comunidad, ese sacrificio, esa mística propia, no lo va a hacer adecuadamente por más conocimientos que tenga, todo se va a quedar en teoría. El problema también viene desde arriba.

Participante.-- Complementando lo manifestado por el doctor Pacheco, quiero manifestar que generalmente en la administración pública cuando se confronta algún problema institucional, como un antídoto de querer superar, muchas veces se realiza todo un proceso de reestructuración. Esta reestructuración u organización que se plantea, muchas veces adolece de no tener los criterios para superar realmente el problema. Sin embargo, estas reestructuraciones o reorganizaciones obedecen solamente a designar personas que no tienen conocimiento o son improvisadas, y la reestructuración o reorganización lejos de superar la situación de la problemática, crean más problemas, como lo que acaba de mencionar el doctor Pacheco.

Participante.- Creo que este grupo está trabajando excelente y estamos logrando una comunicación sumamente positiva. Yo siempre he pensado que el verdadero amigo es el que es capaz de decir las cosas de frente y si el otro amigo sabe recibirlas, es una prueba de amistad en lugar de decir "ya peleé contigo porque me has dicho feo", uno dice algo muy directo y es porque uno tiene la seguridad que la relación existente es tan fuerte, que eso que vamos a decir no va a remorder la conciencia. Yo estoy viendo algo muy importante. Estamos llegando sin querer a ir clasificando un problema. No se trata tanto de comunicación de personas. Hay diversas razones, inclusive lo que yo podría llamar un cierto temor a comunicarse, a decir las cosas porque ya uno tiene también que cuidar su puesto, su seguridad personal; no se quiere meter en problemas, etc.

Nosotros los psiquiatras trabajamos fundamentalmente con comunicación, trabajamos hablando y nos hemos dado cuenta de una cosa muy importante, en nuestros hospitales particularmente, y es que cuando un hospital marcha bien la comunicación marcha bien; y viceversa se va creando un ambiente de tensión general que afecta incluso a los pacientes. Esto ya está comprobado científicamente. Cuando una comunicación marcha mal surge lo que llamamos nosotros, una comunicación anormal, anómala y ésta es el chisme, el comentario que surge por debajo y ese comentario hace más daño que el no comunicarse.

Entonces, esa tendencia al chisme y al comentario anómalo hay que tomarlo como un síntoma de que la comunicación verdadera no se está dando. Cuando nosotros nos damos cuenta de eso y corregimos los canales de comunicación, el chisme desaparece. Esto es algo que debemos tomarlo en cuenta ya que muchas veces los problemas se acrecientan porque hay muchos rumores y los rumores van

creando también bastante tensión en las personas.

Lo otro que yo quería decirles es que nosotros debiéramos hacer referencia a un aspecto muy importante que creo que existe en la región de Puno. México ha logrado de alguna manera algo que nosotros los peruanos no hemos logrado. México tiene un pasado también vinculado a su serranía, a su pasado histórico, a los Mayas y ha logrado de alguna manera identificarse y sentirse muy orgulloso de eso. Nosotros los peruanos estamos un poco entre que sí y entre que no.

Nos sentimos muy orgullosos del Imperio Inca pero al mismo tiempo nos sentimos un poco disminuidos por eso. Hay el mal llamado "complejo", pero de todas maneras eso es un conflicto nuestro. Esta relación que ustedes han planteado. Yo les digo esto con toda sinceridad, mi madre es de la Sierra, o sea que por allí partimos, pero hay que superar ese asunto de que nosotros somos menos. De alguna manera eso nos está frenando y tenemos que empezar a superarlo.

A veces lo podemos superar, pero tenemos que pensar en los niños que vienen. Es un problema que yo creo es fundamental, porque se establecen rivalidades con el centro, con la capital, quizá pueden ser perfectamente superables por gente madura. ¿Cómo podemos superarlo? Uno, darnos cuenta. Dos, trabajar juntos. Creo que si nosotros trabajamos juntos, todo el resto va a desaparecer y yo me siento muy contento que ya hay varias personas que quieren llevar esto a la acción. No nos quedemos en palabras. Vamos a comprometernos a hacer algo.

Creo que no puede haber compromiso si no hay comunicación, información. Si a uno no le explican por qué es necesario que participe, por muy pequeño que sea el nivel en que uno actúa, uno no participa; pero si uno se da cuenta del valor, uno va a contribuir aunque sea con un granito de arena.

Si ustedes me lo permiten, quisiera proponer al señor presidente de la mesa una moción de este grupo: que nosotros propongamos al seminario que antes que termine se firme un compromiso y en ese compromiso tenemos que ser muy sinceros. Los que realmente quieren hacer algo por Puno y por nuestro país, nos apuntaremos, permítame pedir disculpas si he sido muy franco, pero me siento amigo.

Moderador.— Solamente para agradecer las palabras del doctor

Perales, puesto que él remarca que es bastante importante la comunicación. Dando quizá un alcance más, la comunicación cuenta desde que mi madre empieza a gestar, también hay comunicación con su bebé que está dentro de su vientre. Creo yo que desde ese punto debemos partir. Si nosotros hemos empezado este trabajo, debemos llevarlo adelante. Como el doctor dice, que las personas que dispongamos de más tiempo y voluntad de trabajo nos anotemos para llevar adelante este trabajo que hemos iniciado en este Seminario–Taller.

Participante.– Sería bueno estudiar los momentos de descanso que tienen los promotores de salud para poder llegar a la mayoría de la población rural.

Participante.– Tomando atención primaria, lo fundamental en ella es la participación de la comunidad, la cual supone la concientización de esa gente. Debemos concientizar a la comunidad de tal manera que ellos puedan comprender lo que es Salud Mental. En caso contrario, no van a poder participar en las actividades que nosotros deseamos realizar hasta que ellos sean conscientes de lo que es Salud Mental. Así, ellos mismos identificarán los problemas de Salud Mental. Tampoco podemos realizar la capacitación de los líderes de la comunidad. Los líderes son muy aceptados por la comunidad, son elegidos por ellos mismos y con estos recursos podemos hacer muchísimas actividades en favor de la Salud Mental.

Participante.-- Yendo de lo general a lo particular, se me ocurre pensar en una primera conclusión en la que se declare la importancia de remarcar el rol de las estrategias de atención primaria en la Salud Mental, en los términos en que ésta ha sido definida al inicio de esta reunión.

Participante.– La Salud Mental debe ser parte fundamental de la atención primaria; no puede separarse.

Participante.- Tal vez remarcar un tanto el rol de las estrategias de atención primaria.
En segundo lugar un aspecto de tipo organizativo. La importancia de considerar que estos programas o estas estrategias de atención primaria deben ser abordadas en forma intersectorial y multidisciplinaria. Por lo tanto, desarrollar una serie de acciones tendientes a propiciar el funcionamiento intersectorial.

Participante.— Un tercer planteamiento tal vez sería lo referente a que estos programas de prevención en la comunidad se hagan de acuerdo a las necesidades de la misma. Consideramos, pues, la atención primaria establecida en base a las necesidades prioritarias de la comunidad y en base igualmente a las posibilidades del estado de satisfacer estas necesidades.

Participante.— Reconocer la existencia de diferentes formas de abordaje y dentro de éstas reconocer qué tiene que haber un nivel de correspondencia entre las necesidades y las características, condiciones de la población con las que se trabaja.

Participante.— Otras conclusiones serían: 1) Remarcar que en estas estrategias de atención primaria en salud mental le toca a la comunidad asumir un rol protagónico. Les toca a los promotores de estas estrategias asumir un rol particular y participador hoy. 2) La conveniencia de identificar los niveles de disposición o desactividad que puedan encontrarse dentro de la comunidad, y la conveniencia de trabajar en primer término en el desarrollo de programas de estrategia de atención primaria, en propósitos y objetivos por facilitar; en muchos casos se ha visto que el promotor va de frente a su objetivo sin lograr condiciones previas, disponibilidad para lograr este objetivo. Remarcar la importancia de la accesibilidad, de la disponibilidad, trabajándolas como parte del programa de atención primaria.

Se ha hablado también, y puede ser una conclusión, sobre los problemas de comunicación que no solamente se refieren al carácter idiomático, sino problemas referidos a poder interpretar, identificar cuáles son las formas de expresión que tiene la comunidad hacia la cual nos dirigimos, para poder hablar el mismo lenguaje y lograr la comunicación que pretendemos.

Se ha dicho, por otra parte, que los objetivos de bienestar que propician estas estrategias de atención primaria no solamente quedan a nivel de información o de concientización, sino que en muchos casos llegan a estar en otros niveles cuando se trata por ejemplo de cambio de actitudes o modificación de hábitos.

Estas campañas de difusión que se dan a la comunidad, si bien es cierto no van a pretender en un momento cambiar los hábitos de conducta ni modificarlos por supuesto, deben propender a dar a la comunidad los patrones más adecuados de vida que se debe llevar, o ser en base a ellos, los más positivos del ser humano y también resca-

tar los patrones más adecuados que se van perdiendo en la comunidad. Bien es cierto, todo lo que la comunidad tiene no es malo como patrones de vida sino hay otras conductas que son positivas.

Participante.– Se debería hablar de los problemas éticos. Quizás deseamos cambiar a mejores estilos de vida considerando que hay estilos inadecuados de vida dentro de la comunidad y estilos de vida que pueden ser adecuados a las condiciones sanitarias.

Participante.– Quería proponer ver la posibilidad que lo que estamos concluyendo hoy pudiera estar de alguna manera muy enlazado con las conclusiones del día de ayer. Siguiendo las líneas podríamos plantear, considerando que este es un seminario de investigación fundamentalmente, estar de acuerdo por consenso en una conclusión: que se debe hacer un diagnóstico de salud. De todas las cosas que hemos conversado hoy, que son interesantísimas, aquí necesitaríamos un diagnóstico previo y este puede realizarse en base a lo dicho.

Fundamentalmente, tendríamos que hacer un diagnóstico del estilo de vida del puneño, tanto de ciudad como de zona rural, la parte aymara y la quechua, para conocer realmente cuáles son sus creencias, sus actitudes frente a la vida, los hábitos negativos y positivos. Otra cosa que se ha remarcado es el concepto de Salud Mental que tiene la comunidad. Puede ser que no tengan ninguno o que tengan una forma de pensar al respecto. Así como ayer decíamos que el diagnóstico puede tomar buen tiempo, también podría pensarse en algunas acciones más inmediatas.

En este aspecto, veo que se ha insistido mucho en lo que podríamos llamar información y difusión del conocimiento en Salud Mental. La diferencia es que ahora se están señalando algunas personas que están en mejores condiciones para hacerlo y a mi juicio, surgen como personas importantes en est aspecto: los promotores de salud, los líderes de la comunidad, los profesores y quizá las madres. La idea podría ser capacitar a estas personas en un proyecto de investigación y ver que ellos difundan lo que es conveniente.

Participante.– Respecto a la difusión de la que ha hablado el Dr. Perales, siempre pensamos en algún programa de proyección a la comunidad, pensamos en el medio rural, no en el medio urbano. En este momento, en lo relacionado a Salud Mental, es el que más necesita, porque ahora el poblador de ciudad es el que está más propen-

so a sufrir desórdenes mentales, puede ser la realidad en que vivimos, puede ser que la mayoría de madres trabajan y no brindan el mismo afecto a los hijos. Por esto, Salud Mental debe dar más énfasis a la ciudad que al campo. Quizá para eso se pueda aprovechar los medios de comunicación como son la radio, la televisión, programas específicos en los centros laborales, en colegios, en las organizaciones culturales.

Participante.– Primero afirmamos que la Salud Mental es casi como un todo y que la atención primaria es una estrategia global que no es de Salud, sino que engloba salud, agricultura, educación, etc. Luego terminamos hablando de lo que hacemos como salud, el mecanismo de salud, la vacunación. Yo creo que es importante hacer un esfuerzo. Plantear como una tarea de los trabajadores, por lo menos del sector público, conceptualizar o reconceptualizar su medio social en que viven, su sociedad y esto puede ser la primera etapa de un proyecto de investigación mediante elección, mediante la participación, un primer componente. Porque, por ejemplo, los diagnósticos que hoy tenemos sobre Puno, ninguno de los que yo haya visto tiene una perspectiva histórico-social o psico-social, menos todavía. Son enfoques aditivos, base geográfica, aspecto económico, social, político-administrativo y la salud la tienen dentro de los sectores sociales. Salud-educación, esa es la típica fragmentación de lo que es una totalidad en nuestra sociedad, y en la cual si no planteamos hacer un diagnóstico distinto, caemos en lo mismo porque no tenemos otro; y terminamos nuevamente con nuestras ideas amarradas al balconcito sectorial. ¿Me dejo entender? Hagamos un esfuerzo para trabajar toda la gente de los distintos sectores, ojalá que desde un primer momento los representantes de las organizaciones populares del campo y de la ciudad, en una conceptuaclización de lo que es la sociedad de Puno. Eso sería lo fundamental. Lo digo con toda sinceridad, no nos podemos engañar, tenemos un poco de cansancio, falta de oxígeno. Me da la impresión que a veces estamos viendo unos aspectos que llamamos micro, es decir, la microsociología, la micro-psicología, micro-economía, la relación personal, casi como quien dice la relación médico-paciente.

En términos de los trabajadores sociales o asistentes sociales dirían la relación inidividuo–individuo, individuo–grupo. La verdad es que cuando uno trata de superar el esquema micro de interencasillamiento sectorial, uno se encuentra con que la comunidad tiene su estructura, pero los principales problemas de la comunidad no se deciden en esa estructura ni en la familia misma. Se deciden entre comunidades. Tienen sus organizaciones, nos guste o no nos guste,

bailen o no con nuestro mismo ritmo. Tienen sus organizaciones gremiales, sindicales o políticas.

Además no hablemos de comunidades, hablemos de la organización popular con sus distintos niveles, porque sino estamos haciendo una especie de test-simpatía al hablar de la comunidad así en los niveles donde uno va a trabajar.

Que se vea el nivel de nuestro trabajo pero hay otros niveles también. Sobre el reconocimiento de los distintos niveles de organización popular, tanto urbano como rural, creo que debemos sacar una conclusión: empezar el trabajo de hacer ese diagnóstico participativo con ellos también. Tratar de hacerlo con ellos, por lo que vemos es un esfuerzo que valdría la pena.

Acá en Puno no existe integración departamental de campesinos, no existe vida agraria, no existe integración de cargadores urbanos, No hay reunión de artesanos, no hay club de madres. Lógico, a eso se refiere la política de salud. Empieza ahí la contradicción: si así se dio la tomamos como se dio y es constructivo para ser conscientes de nuestras limitaciones, porque luego podemos hacer planteamientos muy bonitos pero volvemos a caer en la práctica sectorial, en una fragmentación de la realidad con un enfoque micro; y por último, no vamos hacia una transformación de la realidad. En síntesis, sugiero como una posibilidad a estudiar que, como un primer paso y componente importante para cualquier otra investigación en el campo de la Salud Mental, se haga un diagnóstico de la realidad del departamento, pero desde un punto de vista psico-social, histórico, porque eso simple y llanamente no existe. Que eso se vé como elemento que uno va a discutir y a procesar por parte del componente trabajador público de las distintas instituciones y del componente organizaciónes populares, porque eso nos ayuda a ver la realidad de una manera global y de allí podemos desprender cómo distribuir de una mejor manera nuestros escasos recursos y cómo actuar, pero siempre teniendo presente que si uno no tiene un ideal ¿dónde estamos?. Si no reconocemos estas cosas, pienso que corremos el riesgo nuevamente de quedarnos limitados frente a una enorme tarea que es una tarea de reconstrucción social. A Núñez Butrón no le interesaban los piropos; le interesaba una transformación social, la reivindicación del indio. Esa era una revolución social, por eso se la echaron abajo. No fue por otra cosa. La gente que le regalaba S/. 1.50 y lápices se dio cuenta que Núñez Butrón quería una sociedad nueva, una sociedad mejor. Era un hombre sensible, un ser humano entero.

Participante.— Quiero ser muy puntual y señalar algunas líneas posibles de investigación que las discutamos acá. Quizá sería útil una investigación acerca de las concepciones de salud mental entre los diversos componentes campesinos. Seguro tienen una serie de concepciones al respecto. Seguramente bajo el término de Salud Mental, pero que en esencia es lo mismo. ¿Cómo podemos estudiar Salud Mental si no sabemos de qué estamos hablando? Otra investigación creo que podría ser aquella relativa a las formas de acción de los diversos agentes de cambio, que están interactuando en actividades.

Cuando hablo de agentes de cambio me refiero al agrónomo, al médico, al maestro, etc. Cuando dicen o se refieren a que haya un acercamiento entre el maestro y la comunidad, sabemos en estos momentos que el tema está llegando a la comunidad, pero el maestro está trabajando solamente en las cuatro paredes de su escuela. No es muy cierto esto en tiempos pasados, cuando el maestro sí jugaba un papel muy importante dentro de la comunidad. Ahí sí era un promotor, un conductor, un juez, etc. Por lo menos yo ya no he podido definirla en mis últimos años de experiencia en el campo. Cuando llegué a Puno en 1957, esto sí se daba. También puedo recordar las experiencias en Puno cuando el ingeniero y el técnico agropecuario, la enfermera, la asistente social vivían en las comunidades y estaban en comunicación continua, trabajaban las 24 horas del día, pero eso ya no existe más.

Mi experiencia es que cuando hay que salir al campo, uno debe salir a eso de las ocho horas pero eso nunca se da, que el carro está malogrado, que han llevado al director a tal sitio, que el costo de la gasolina, etc.

En tanto que cuando trabajaba en el programa Magnopata y veníamos todos los sábados y teníamos reunión de todos los técnicos intercambiábamos ideas y los lunes teníamos que irnos hasta Río Chico, pero estábamos saliendo a las cinco de la mañana y no estábamos esperando viáticos, trabajámos sin ellos, cosa que ahora creo que nadie se mueve si no los tiene.

Todas estas formas de cómo están actuando los diversos técnicos creo que es importante, y de ahí se podría llegar a ciertas recomendaciones para un trabajo más efectivo. Otra línea de investigación que se me ocurre es la investigación o estudio de impacto de todas estas agencias que trabajan en el campo. En Lima me mencio-

naban que habían 80 agencias privadas y públicas. Muchas veces ni se conocen.

Cada cual actúa con mucha competencia, rivalidad, aislamiento, etc. Vienen y se van y crean una serie de situaciones de visión. Por decir, el que está trabajando en agricultura no tiene ni siquiera una bicicleta y todo esto seguramente que tiene algo que ver con la Salud Mental, con la patología institucional. También creo que sería importante hacer una profundidad de sociedad y cultura, de todas las unidades que se están trabajando, porque estos estudios ya no se hacen, excepto en el programa Tambopata que se hacían como bases para la acción. Una serie de investigaciones que se hicieron fue para formar promotores sociales que tenían otra concepción y otra práctica que la que actualmente tienen. Con este agregado, todas esas experiencias se han dejado de lado. No se aprovechan. También esto llevaría a una indagación de las experiencias del pasado para actualizar y creo que podría aprovecharse esas experiencias.

Participante.-- Otro tema de investigación son las relaciones campo–ciudad. Eso significa ver toda una serie de aspectos, relaciones de clase, de cuasi-castas, de comercialización, etc. Ahora obviamente, todo esto tendría que hacerse bajo una concepción integral, de verdad, de trabajo interdisciplinario que se completaría a través de un centro único de investigación, porque generalmente ocurre que participan una serie de técnicos, antropólogos, médicos, pero cada quien hace su pedacito y luego lo cosen y dicen este es el estudio integral, es estudio interdisciplinario.

Otro elemento que sería importante tomar en cuenta es lo que llaman la investigación participativa que se ha mencionado con los campesinos, las organizaciones populares.

Participante.– Lo que he escuchado me parece casi exhaustivo. El asunto es que uno tiene que medir las posibilidades y ahí creo que se acompaña el término de priorización. Este asunto de priorización entre nosotros tiene un valor excepcional, por cuanto ya se han dado una cantidad de experiencias pero cuyos efectos, si los hubieran, ya se han diluido o han perturbado incluso la realidad, más de lo que estaba. Lo que creo es que para ir ubicando la priorización tiene que verse también plenamente el ingreso estratégico a este prurito de la investigación para el desarrollo.

Yo no sé si es suficiente conflicto el que hay solamente entre

los sectores, en término de dificultad para que se integren, incluso dificultad para que produzcan un concepto sobre la realidad del campo, que sí es muy importante. El costo conceptual para lo que es la salud o la Salud Mental en la comunidad, tendría que necesariamente medir el esfuerzo sobre el cuál es el concepto de educación, de economía o de la tierra, para empezar e ingresar a los conceptos antropológicos tan ricos a los cuales dedicamos algún tiempo en la primera reunión. Pero, para mí el pánico viene cuando ya salimos poco de los sectores y nos comenzamos a involucrar en otras entidades más de las muchísimas que hay en Puno. Yo no sé si se podrá lidiar con todas ellas y, finalmente, el proyecto puede quedar ahí no más. Yo tampoco lo digo de memoria, porque he estado en un proyecto 20 años. Lo que nosotros tenemos que ver es cómo vamos a ingresar, de tal manera que no nos caigamos del estribo, a los tres meses. Eso creo que tiene que verse en un primer término y su preocupación fundamental es cuánto conocimiento existe sobre la comunidad rural. Más allá de las referencias y de las experiencias importantes que se han descrito, cuánto conocimiento integral holitico suficientemente abarcativo, esencial para lo que es un conocimiento no para la salud ni para la economía, para la vida de la comunidad, dentro de su proceso histórico, pero es de la comunidad. Ahora, dentro de eso, el otro asunto que yo pensaría es ¿dónde vamos a ingresar? ¿A qué territorio? ¿A todo Puno? ¿A una provincia en particular? ¿A un distrito? Quizá a una cooperativa que de repente preste las condiciones posibles para que el proyecto comience a avanzar y no se perturbe demasiado. Es como si queremos demostrar que sale la papa, tenemos que buscar el mejor terreno para que la primera papa que sembremos dé fruto, porque si no ahí queda y nadie más va a creer en la papa, por ejemplo, yo no sé en qué medida, pero hay una carga ya de frustración muy grande entonces, o una mediana carga que existe. Tenemos que ser muy cuidadosos para ingresar con pie firme. Dentro de eso tendría yo que preguntar primero por cuál comunidad es más fácil empezar, por la quechua o aymara. No nos podemos comprometer con lo más difícil, porque yo no creo que estemos suficientemente habilitados para enfrentarnos con el campo más difícil que hay, porque nos podemos quedar en la entrada. Los problemas los hay por todas partes, desde los niveles más altos, intermedios, medianos, los que da el auto, los que devienen del presupuesto, los que no. Eso lo conocen perfectamente. Lo que tendríamos que ver es cómo ingresar. Pienso que lo que se necesita precisar es un abordaje que nos lleve a una comprensión de lo que es la vida rural, aprovechando que estamos buscando un proyecto intersectorial y multidisciplinario, porque se supone que debe ser suficiente

para lograr ese abordaje comprensivo que llegue a las raíces mismas de la cultura. Esa es una posibilidad. Tendríamos que ver si eso se va a dar y dónde se va a dar. Por ejemplo, tomando el asunto que decía la señora, parte de ese proyecto no sólo debe estar constituído por el concepto de salud tradicional que se pueda dar desde allí, sino por los instrumentos que utiliza esa salud, esa medicina tradicional. O sea, creo que dentro de los conceptos que ha dicho el Dr. Martínez habría que empaquetarlo un poco más, darle una mayor agregación, definir dentro de esa agregación algunos puntos críticos del conocimiento que ya sirvan para demostrar qué conocimiento está teniendo una aplicación activa. Quiere decir que los componentes, por ejemplo de trabajo agrícola, deben formar parte ahí porque esos componentes que puede desarrollar el sector agricultura yo no sé si tienen el lazo comunicativo activo para el sector educación, y el sector educación ya está enseñando lo que difunda el tipo de agricultura que están trabajando en ese mismo terreno. Ese mismo sujeto también está ayudando a que las plantas medicinales tengan la mejor oportunidad y eso está alimentando al sector salud, etc., con puentes muy rápidos y activos. Escojamos un territorio donde haya de base una capacidad colaborativa, porque si no nos lanzamos, comienza un poco el agotamiento y el asunto ese. Recojo solamente ya la última parte. Reconozco que es muy importante que las personas de los sectores puedan identificarse con la comunidad tanto como para que puedan vivir allí. Sin embargo, yo he trabajado mucho tiempo en un proyecto Barranca, a 80 Kms. del Norte de Lima.

Se supone que una comunidad cuando ve llegar a una persona que puede estar con muy buenas intenciones va a decir "¿éste es mío? Quiere decir, si se podrá quedar para siempre, no por dos años, ni por cuatro ni por cinco sino por siempre. Incluso podrá quedarse, cruzarse y tener sus hijos acá y hacer su familia. Esa es una pregunta que se puede dar. Eso es el concepto como una posibilidad.

Nosotros seremos, por más compromiso que podamos tener allá, generalmente unos más que otros, siempre personas que tendremos dentro de la comunidad una maleta preparada para irnos algún día. Por eso es que cuando trabajamos el proyecto Barranca buscamos gente de ahí que hubiera nacido allí, que tuviera sus padres, abuelos y si se puede sus hijos y su mujer. Ese va a recibir al final todo el proyecto, todas las ideas, todas las posibilidades, todas las inteligencias, etc. Ese es el "propio", ese el verdadero porque no se va a ir probablemente. Tendríamos que ver esa situación.

Participante.– En relación con el punto, todas estas líneas de investigación las estoy planteando en el aire, obviamente tienen que centralizarse en algún área de trabajo, priorizada, y por otro lado, tendría que establecerse criterios, porque acá se requiere alguna intevención intersectorial pero que todos estemos manejando el mismo lenguaje. Es necesario que estemos pensando en los mismos objetivos y, por otro lado, sería importante que cualquier acción que se inicie sea puesta como pasajera pero sentando las bases para su prosecución porque si no va a correr el destino de todos esos proyectos de 5, 3 años, etc. Hay que sentar las bases para el desarrollo de esas unidades y que puedan marchar solas. Obviamente, hay que señalar otro punto importante, una concepción del desarrollo integral integrado. Al respecto hay muchas experiencias, tomémoslas. Ahora, otro punto, es cierto que hay conocimientos en diversos campos de los que se ha hablado pero sólo conocimientos dispersos, hay que darles unidad, una síntesis. Inicialmente, como base para cualquier investigación que se haga, hay que hacerlo. Si no estamos pasando la cola a la cola y eso no lleva a nada, no avanzamos en conocimientos, no avanzamos en experiencia.

Participante.– Una experiencia como enfermera en el Barrio San José.

En 1977 en ese barrio trabajé en una forma decidida. Todo lo que yo he expresado anteriormente son experiencias vividas, no adquiridas de una versión bibliográfica. Lo que puedo decirlo es que si realmente nosotros vamos con esa mística, con esa ilusión social, sí se logran cambios. Cuando en 1977, después de haber recibido un curso de post-grado regresé y vine con ese entusiasmo y tal vez como mujer y con hijos, ahora para mí es más fácil ir a otro medio.

He visto esta zona que prácticamente era zona rural, por la cercanía a mi hogar, y que proyecté a esa comunidad.

No lo hacía sola. Por el mismo hecho que una había salido, sabía de incursionar con el grupo de estudiantes. Lo hacía con ellos. Se inició simplemente con la promoción de la salud escolar en la que prácticamente se aplicó la atención primaria y con la participación de la enfermera en el control del crecimiento y desarrollo. En la escuela que prácticamente era una escuela de campo, porque no reunía ningún requisito para ser considerada de un medio urbano, o siquiera inter-urbano, encontramos niños con bajo rendimiento, niños tristes, apáticos. En el momento del recreo, por ejemplo, niños

que tendían a sentarse en un banquito y observar. Tenían una mirada triste, los estudiantes.

Después de identificar a esos problemas, comenzamos a hacer el seguimiento al hogar para ver cuál era la causa real del bajo rendimiento del niño. ¿Cuál era la causa de la tristeza? ¿Cuál era la causa de su apatía? Muchos de ellos eran niños desnutridos, niños que provenían de hogares muy problemáticos, económica y socialmente, niños de zonas rurales demasiado distantes a la escuela. Su desnutrición conducía a que tuvieran que adoptar esa conducta de apatía en contraste a lo que es normal en un niño, esto es ser activo. Con todo esto, comenzamos a promover la salud en esas edades. Primeramente era muy rechazado. Los problemas que observábamos en la escuela se los dábamos a conocer al padre de familia, para lo cual jugaba un papel muy importante el profesor; el director también porque primero conversábamos con él sobre todos los problemas del niño. Valiéndonos de él llevamos a cabo varias reuniones de padres de familia para exponerles los problemas que estaban presentando los niños, ese fue un paso. Luego ya el seguimiento del hogar y cómo iban progresando aquellos niños que habían tenido bajo rendimiento. Cómo subían de peso aquellos niños que tenían mala nutrición y con qué; sin tener nada que hubiéramos llevado del medio urbano, sino con todos los recursos de que disponía. Por ejemplo, muchos sufren un cambio en la culturación y comienzan a imitar la del medio urbano, por ejemplo, el uso de la hoja de quinua, el uso de las hojas de diente de león, desconozco sus nombres científicos, pero hay otras como la salvavida que es la acelga peruana. Haciendo demostraciones de estas dietas para los niños y cómo ellos podían intentar mejor su dieta. Luego, cuando ya tuvimos la oportunidad de introducirnos en el hogar, encontramos que se vivía en promiscuidad, en un ambiente estaba todo. Los niños corrían un riesgo tremendo de sufrir quemaduras. Nos preguntamos cómo se hace una cocina de barro, tuvimos la oportunidad y alguien nos enseñó. Comenzamos, con la participación de todos, a coger el barro y levantamos la cocina, los fogones en partes altas para que los niños no sufrieran quemaduras. ¿Cuáles eran las características socio-económicas de ese barrio? La mayor parte de las familias eran agricultores y una parte de la gente trabajaba de obreros en el muelle y en la universidad. Conociendo todo esto, el nivel de educación siempre es bajo y el del hombre un poco más elevado. Se comenzó a trabajar con ellos desde 1977 hasta 1984 en que dejamos el barrio por razones de excesiva carga y otros factores. ¿Qué hemos visto? En primer lugar, hemos logrado que las familias tengan noción sobre por qué es importante

la salud del niño. ¿Por qué un niño debe estar en un hogar tranquilo? ¿Por qué el niño al despedirse de sus padres debe ir con esa idea de alegría, de seguridad, satisfecho de su centro de estudios? ¿Cómo deben recibir los padres a sus hijos? También se introdujo un poco de la estimulación temprana y anteriormente habían peleas entre ellos, entre familias y ¿qué se ha hecho? Se ha logrado la participación de ellos para que contribuyan con su local materno–infantil organizado, porque anteriormente ese barrio no era muy organizado.

Existían muchas discrepancias entre las familias ¿Cómo se ha logrado que ellos participen en la construcción de su local materno–infantil? Haciendo que una misma durante noches y mañanas trabajara. Para mí no había horario de trabajo. Muchas veces yo recibía el rechazo y un tanto el enojo de mi familia porque decían "bueno, te casaste con el barrio". Pero tal era mi voluntad, era lo que yo quería, el cambio de ese lugar. A veces de noche venían a mi casa y allí nos reuniamos. Jamás impuse mis ideas, simplemente los llevaba a analizar. Lo único que hacía era liderar, ordenar sus ideas y luego con el conocimiento que uno tiene, elaboraba los proyectos. Por ejemplo, se participó en forma multidisciplinaria. Al ver que habían niños desnutridos, se fomentó los huertos familiares. Se fomentó la cría de animales menores como los cuyes. ¿Qué hemos logrado? Hemos coordinado con salud. Ellos aportaban con las sementeras, en ese entonces todavía estaba el Dr. Cornejo y ahí tenía unos viveros grandes de donde llevábamos las verduras, pero les explicábamos. Se les enseñó que eso era en tiempo de lluvias. En el tiempo que no habían lluvias, se les enseñó cómo podían ellos cuidar el caracho, el diente de león. Esas plantas nativas del lugar tienen el mismo poder alimenticio que contiene la acelga, la zanahoria. Ellas se mantienen verdes junto a una pared, junto a una piedra y la madre se encarga de echarles un poco de agua en la época. Después se coordinó con la corporación y con su esfuerzo se levantó un edificio de dos pisos de adobe, pero no teníamos para el techo. Trabajábamos con la Corporación, con UNICEF, luego con la universidad: agronomía, veterinaria, biología. Es así como se logró que se pusiera el pozo de agua de la escuela. Tenían un pozo de agua pero en un lugar no estratégico. Estaba en un lugar donde los resultados de laboratorio eran completamente negativos. Ese pozo se trasladó a otra zona pero ahí ¿quién participó en el estudio? La región de salud a nivel de saneamiento, a través de su oficina, en el análisis del agua participó biología, sobre orientar a las familias acerca de la crianza de animales menores. Participó veterinaria en coordinación con los estudiantes. También fue agronomía, porque nosotras como enfermeras tenemos nuestra

inquietud, pues yo no sabía a qué distancia debía poner la lechuga, a qué distancia la cebolla. En esto todas aprendíamos. ¿Ahora cuáles son los resultados?

Las mamás antes no sabían cómo entrar a las instituciones ni cómo hacer coordinaciones. Ahora la señora Morales sólo tiene que ver el documento que las madres han hecho. Si esto está bien, esto no. Son las mismas mujeres las que van a la Corporación y a las otras instituciones para hacer diferentes coordinaciones. Creo que si le ponemos la emoción sí se logran cambios. Claro, no es inmediato, es a largo plazo, pero se logran cambios.

Participante.– Creo que es un magnífico ejemplo de cómo la persona se encuentra con una serie de dificultades y las supera. Creo que hay dos formas de ver. Una es que uno no puede estar desligado del problema social. Hay otro muy importante, el técnico, que creo es fundamental. Esto es un magnífico ejemplo sobre cómo la señora hace aportes como persona. Asume la idea sin recursos y aprovecha toda la potencialidad que hay. Es un gran ejemplo de una persona cuando tiene el compromiso, la autenticidad, la entrega puede llegar a hacer eso y mucho más. ¿Qué es lo que usted sugiere frente a este interés de desarrollar un grupo de investigaciones? ¿Por qué usted cree que esto no se realiza en otros ambientes, en otros barrios, en otras comunidades? ¿Qué es lo que sería importante a modo de concretar su experiencia?

Participante.– Me parece que en primer lugar la mayor parte de los profesionales no están comprometidos. No tengo una investigación hecha sobre el punto, pero diría que les falta ese desprendimiento hacia los que necesitan de nosotros. Producir el cambio porque, me olvidaba de decir que ese barrio que antes era rural ahora pasó a ser un barrio de la ciudad de Puno porque ya tiene agua potable. He podido observar en las estudiantes que una de las barreras es que las hay excelentes pero si ellas no saben el idioma, la profesora tenía que estar de intérprete para ver qué querían decir y poner el entusiasmo para transmitir. Una barrera era el idioma y otra el tener ese espíritu metalizado de esperar que si no recibe una subvención, no labora, es decir, se debe ser un tanto desprendido.

Participante.– Quería hacer una alusión sobre qué sucede por ejemplo, cuando programas como Magnopata se desmontan en el plazo de 20 años. ¿Qué es lo que ha pasado con las comunidades en términos de Salud Mental? Tuve la oportunidad de trabajar en la

zona. Hubo una pérdida de infraestructura de recursos técnicos, de recursos humanos. ¿Se sienten mejor que antes? ¿Se sienten peor que antes? Según mi punto de vista viven como si estuvieran hace 20 años. Creo que Puno es un terreno en el que ha pasado muchas veces esto, en muchos ámbitos geográficos. Creo que hay que hablar sobre algo más importante. Debería ser una continuidad política y económica a lo largo del tiempo en el desarrollo.

No se puede hablar de experiencias aisladas sino de experiencias integrales, es ésta una cuestión y la otra es que cuando hablamos de participación popular, en Puno tenemos una asociación algo compleja. ¿Cómo debe ser esa participación popular? En movimiento. Ya se ha comentado bastante al respecto.

INDICE DE AUTORES

Incluye moderadores, secretarios, panelistas, expositores y responsables de documentos de referencia.

Impreso en SERVICIO DE COPIAS S.A.
Pachacútec 933-3, Jesús María
LIMA — PERU